MISSION MEADOWS

Camp Mission Meadows

5201 East Lake Rd.

Dewitville, NY 14728

Campamento de Jóvenes

Junio 5-7 del 2026

"*MOED*: Un Encuentro con Dios"

Genesis 28:16

REMANENTE INQUEBRANTABLE

Aplicación para Jóven o Chaperón

Nombre: _____ Teléfono: _____ Sexo_____ Edad_____
Dirección: _____ Tamaño de camisa_____
Nombre de su Pastor: _____ Número de contacto de su Pastor_____
Nombre de la Congregación a la cual asiste: _____

Favor de marcar con una (X) en encasillado correspondiente:
¿Solicita el espacio para un joven?: ($140.00) _____
¿Solicita el espacio para un Chaperón?: ($140.00) _____

Depósito requerido para reservar su espacio por joven o Chaperón: $40.00
Depósito: _____ Fecha: _____ Para reservar su espacio en o antes de Diciembre 12 del 2025.
Depósito: _____ Fecha: _____ Para saldar el balance total en o antes de Mayo 9 del 2026.

Nota: El depósito es requerido **con la aplicación** para reservar su espacio en el Campamento. No se aceptarán solicitudes después de Mayo 9, 2026. **No se reembolsará ningún pago recibido sea para reservar o saldar por completo el Campamento.**

Precios incluyen:
2 noches de hospedaje, y
Alimentos (meriendas por la noche (1er Dia), almuerzo y cena (2ndo día), Desayuno (3er día)
Camisas (XS – 4XL)

El Espacio del Campamento es LIMITADO. Por favor, si desean reservar su espacio, entregue su aplicación con deposito lo mas pronto posible

Favor de leer el reglamento antes de firmar

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nota: Se requiere la firma del padre o tutor si el joven es menor de 18 años, sin esta firma no podremos aceptar la aplicación.
Firma del joven o Chaperón: _____ Fecha: _____

Sección para su Pastor:
Para aceptar esta aplicación es necesario que su pastor complete esta parte de abajo. Sin la firma de su Pastor usted no podrá asistir al Campamento.
¿Está este joven o chaperón activo(a) en su congregación? SI_____ NO_____
¿Autoriza usted a este joven para asistir y participar en este Campamento? SI_____ NO _____

_____
Firma del Pastor

1. ¿Padece usted de alguna enfermedad? SI_____ NO_____ Si su respuesta fue si, favor de explicar cuál:

_____
_____
_____
_____

2. ¿Está bajo algún medicamento? SI_____ NO_____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cuál:

_____
_____
_____
_____

3. ¿Padece de la alguna alergia? SI_____ NO_____

Si su respuesta fue si, favor de explicar cuál (especificar si tiene alergias a comidas):

_____
_____
_____
_____

¿En caso de emergencia, ¿a quién podemos contactar?

Nombre: _____

Teléfono:

_____

Dirección: _____

Parentesco: _____

Para uso oficial del comité:

Aprobado: _____ Desaprobado: _____ Inicial del miembro del Comité _____ Fecha: _____