



Campamento de Jóvenes

Junio 9, 10 y 11 del 2023

“Volviendo Al Propósito”

Filipenses 3:13y14

Aplicación para Jóvenes 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?: (\$120.00) _____

¿Solicita el espacio para un Chaperón?: (\$120.00) _____

Depósito requerido para reservar su espacio por joven o Chaperón: \$40.00

Depósito: _____ Fecha: _____ Para reservar su espacio en o antes de Abril 1 del 2023.

Depósito: _____ Fecha: _____ Para saldar el balance total en o antes de May 15 del 2023.

Nota: El depósito es requerido **con la aplicación** para reservar su espacio en el Campamento. No se aceptarán solicitudes después de Mayo 1, 2023. **No se reembolsará ningún pago recibido sea para reservar o saldar por completo el Campamento.**

Precios Incluyen:
2 noches de hospedaje, Camisa
y Alimentos (meriendas por las
noches, almuerzo y cena (2ndo
día) Desayuno (3er día)

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. ¿Parece 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: _____