



# Campamento de Jóvenes

Mayo 31, Junio 1 y 2 del 2024

## “No Temas Ni Desmayes”

Isaías 41:10

### 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?: (\$125.00) \_\_\_\_\_

¿Solicita el espacio para un Chaperón?: (\$125.00) \_\_\_\_\_

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

Depósito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Para reservar su espacio en o antes de Marzo 15 del 2024

Depósito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Para saldar el balance total en o antes de May 15 del 2024.

**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, y  
Alimentos (meriendas por las  
noches, almuerzo y cena  
(2do día) Desayuno (3er  
día)

**Costo de Camisas**  
**\$12** Tallas Small- XLarge  
**\$15** Tallas XXL +

### 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: \_\_\_\_\_