

Aplicación para Campamento Juvenil (Edades 13-30)

“Caminando recto en un mundo torsido”

Agosto 11-15, 2009 * Camp Maranatha * 900 Old Mill Road * High Point, NC 27265

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Medida: S M L XL __XL
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono () _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
 Iglesia donde Asiste: _____

Al firmar esta aplicación, usted indica que respetará y obedecerá todos los reglamentos del campamento. Si usted no cumple con estos reglamentos, la directiva del campamento hará lo necesario para enviarlo/a de nuevo a su casa.

Prometo obedecer los reglamentos del campamento. _____
(Firma del joven)

ESTA PARTE DEBE SER LEIDA Y FIRMADA POR UNO DE LOS PADRES, O TUTORES DEL CAMPERO.

Yo entiendo que en caso de accidente, lesión, enfermedad, o emergencia medica concierne a mi hijo/a, el director de campamento hará todo lo posible por comunicarse y notificarme de la emergencia (Padre o Tutor). Si por alguna razón la administración no puede comunicarse conmigo, y mi hijo/a necesita atención medica, yo autorizo al director del campamento a llevar a mi hijo/a al hospital o doctor seleccionado por la administración del campamento. También doy mi autorización al doctor seleccionado por la administración para administrar el tratamiento medico correspondiente, sea hospitalizar, dar inyección, anestesia, o cirugía a mi hijo/a. En caso de accidente o muerte, yo no haré responsable al director, o La Iglesia De Dios De La Profecía o a Camp Maranatha. Entiendo que no podré tomar acción legal en contra de las personas o la organización antes mencionadas.

Firma del Padre/Tutor: _____

Teléfono de emergencia (trabajo o vecino, etc.) _____

Información Medico

Por favor indique con una X cualquier problema medico su hijo/a tenga. Si es un problema reciente provea con la fecha actualizada en que el problema ocurrió. Si hubo problema en el pasado, por favor indique con la fecha aproxima del mismo:

X	Problema	Fecha	X	Problema	Fecha
	Convulsiones			Envenamiento con Posion Ivy	
	Epilepsia			Fiebre Reumática	
	Problemas del Corazón			Camina dormido	
	Problemas con Riñones			Tuberculosis	
	Asthma			Diabetes	
	Desmayos/Mareos				

Operación o Enfermedad más recientes: _____

Reacciones Alérgica: _____

Actividad especificas que sean prohibidas al campero/a. _____

En el presente, se encuentre en cuidado medico. Si No

Si su respuesta fue si, describa: _____

Seguro Medico: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono () _____ - _____

Toda información en este formulario es confidencial.

FECHA LIMITE PARA APLICACIONES: JULIO 22, 2009

Después de esta fecha habrá en **recargo de \$20** por cada aplicación recibida.

Por favor de mandar sus aplicaciones **CON UN DEPÓSITO DE \$50.00** a:

Iglesia de Dios de la Profecía, Campamento Juvenil P.O. Box 295 Cranford, NJ 08016

Para mas información puede comunicarse con la oficina regional al (908) 272-4566

www.servencedor.org

COSTO POR PERSONA	
Antes de Julio 22, 2009 \$115.00	Después de Julio 22, 2009 \$135.00

Para uso administrativo	
Aplicación completo	
Deposito	