

# Aplicación para JR. Camp (Edades 8-12) "TRANSFORMATION"

**Agosto 21-24, 2008 \* Gretna Glenn Camp \* 87 Old Mine Road \* Lebanon, PA**

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 concerniendo 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 Gretna Glen Camp. 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 aproximada 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			Alergias	

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 25, 2008**

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

Por favor de mandar sus aplicaciones **CON UN DEPÓSITO DE \$65.00** a:

78 Congress Street #401, Jersey City, NJ 07307  
 Para mas información puede comunicarse al 551-655-5273 (4)  
[www.servencedor.org](http://www.servencedor.org)

COSTO POR PERSONA	
Antes de Julio 25, 2008	Después de Julio 25, 2008
\$130.00	\$150.00

Para uso administrativo	
Aplicación completo	
Deposito	