



Programa Antes y Después de la Escuela
Campamento de Verano

REGISTRACION DE VERANO

SUMMER CAMP, YEAR: 20 _____

NOMBRE DE NIÑO: _____ EDAD: _____ FN: ____/____/____ SEXO: M/F
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ NJ CODIGO POSTAL: _____
INDIQUE EL TAMAÑO DE CAMISA: NIÑO: PEQUEÑO ____ MEDIANO: ____ GRANDE: ____ ADULTO:
PEQUEÑO ____ MEDIANO ____

INFORMACION DE LOS PADRES:

NOMBRE DE MADRE: _____ FN: ____/____/____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ NJ CODIGO POSTAL: _____
TELEFONO: _____ CELULAR: _____
EMPLEADOR: _____ DIRECCION: _____ TRABAJO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____
¿QUIEN ES EL GUARDIAN? ____ AMBOS PADRES ____ MADRE ____ PADRE ____ ABUELOS ____ GUARDIAN
NOMBRE DEL PADRE: _____ FN: ____/____/____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ NJ CODIGO POSTAL: _____
TELEFONO: _____ CELULAR: _____
EMPLEADOR: _____ DIRECCION: _____ TRABAJO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____
¿QUIEN ES EL GUARDIAN? ____ AMBOS PADRES ____ MADRE ____ PADRE ____ ABUELOS ____ GUARDIAN

CONTACTO DE EMERGENCIA/ RECOGIDA AUTORIZADA

Persona(s) autorizada(s) para recoger o contactar en caso de emergencia si ninguno de los padres está disponible. El personal debe mostrar identificación al recoger a su hijo/a y debe ser mayor de 18 años.

1. NOMBRE: _____ RECLACION: _____ TELEFONO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____
2. NOMBRE: _____ RECLACION: _____ TELEFONO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

INFORME DE SALUD Y SERGURO MEDICO:

¿EL NINO TIENE UN SEGURO MEDICO? ____ SI ____ NO



Programa Antes y Después de la Escuela
Campamento de Verano

NOMBRE DE MEDICO: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____
PROVEDOR DE SEGURO: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

INFORMACION MEDICA DE EMERGENCIA

Por favor indique si el participante tiene un historial de alguna de las siguientes:

____ ASTHMA ____ DIABETES ____ PROBLEMA DEL CORAZON ____ DESAYOS ____

____ PRESION ARTERIAL ALTA ____ CONVULSIONS ____ LENTES DE CONTACTOS ____ ANTEOJOS

____ ALERGIA, SI, ¿QUE? _____

____ CUALQUIER OTRA CONDICIÓN QUE REQUIERA CUIDADO, MEDICACIÓN O CONOCIMIENTO ESPECIAL, SI ES ASÍ,
CUÁL _____

INFORMACION DEMOGRAFICAS (OPCIONAL):

____ HISPANO ____ AFROAMERICANO ____ NATIVO DER ALASKA ____ ASIATICO

VERIFICACIÓN DE SALUD, AUTORIZACIÓN DE ACTIVIDAD Y AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS:

Como padre/tutor, verifico que mi hijo/a goza de buena salud física y está autorizado/a participar en todas las actividades, incluyendo, entre otras, senderismo, actividades acuáticas y deportes competitivos. Entiendo que el programa puede realizar excursiones a pie por el vecindario.

INICIALES _____

Entiendo que, en caso de emergencia, autorizo la transferencia del historial médico de mi hijo al proveedor de salud.

INICIALES _____

Autorizo al personal de ALL STARS ACADEMY a brindar primeros auxilios menores, según se considere necesario, para el bienestar de mi hijo.

INICIALES _____

Entiendo que mi hijo/a puede ser fotografiado/a durante actividades, campamentos y programas. Autorizo a ALL STARS ACADEMY a usar las fotos y videos de mi hijo/a para materiales

347 Maple Street, Perth Amboy, NJ 08861
Phone: 732-934-5088 Fax: 848-242-2105
Email: admin@allstarsacademyllc.com



Programa Antes y Después de la Escuela
Campamento de Verano

promocionales y de marketing de ALL STARS ACADEMY, como boletines informativos, periódicos locales, sitios web y/o folletos.

INICALES_____

DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN:

He completado esta solicitud con precisión y entiendo que la información errónea puede resultar en el despido inmediato de todos los programas de ALL STARS ACADEMY.

FIRMA DE PADRE _____ FECHA _____

PERMISO DE TRANSPORTE

Le informamos que el estudiante que figura a continuación está inscrito en el Programa de Campamento de Verano de nuestro centro. Sus padres han autorizado a nuestro centro a transportarlo a los lugares de excursión designados durante el programa. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (732) 442-6000.

_____ Sí, le doy permiso a mi hijo _____ No, no le doy permiso a mi hijo.

Nombre del niño/de la niña: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del niño/de la niña: _____

Nombre del padre/madre: _____

Teléfono del padre/madre: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____