



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

165 Washington Street, Perth Amboy, NJ 08861  
Phone: 732-442-6000 Fax: 732-442-6001  
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.

INICIALES \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_