

Matrícula de "Shadow Mountain" Verano de 2010

Nombre del Estudiante: _____ muchacho muchacha
 dirección: _____ Número de Teléfono _____

Escuela: _____

Fecha del campo preferido: _____ **Tamaño:** Youth S M L (or) Adult S M L XL

Padres/ Padre _____ Teléfono de trabajo _____ Celular _____
 Guardián Madre _____ Teléfono de trabajo _____ Celular _____

Dos vecinos or parientes que con quien podemos hablar si usted no esta disponible.

Nombre _____ Teléfono # _____
 Nombre _____ Teléfono # _____

ALERGIAS: comida, medicinas, insectos, plantas, otro (Circle) Explique:

Marca todo lo que aplique, pasado o presente, de su historia de salud. Explique los de sí (puede usar la página atrás).

INFORMACION GENERAL: Si No Si No Si No

ADHD (Deficit de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperactivo Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Explique _____

Escribe cualquier receta de medicación que tomará en el campo. Le diré todas las recetas al personal de campo cuando llegue. Ellos serán administrados según sus instrucciones. Por favor traigan medicaciones en un bolso de plástico con el nombre del campista escrito con pluma permanente en el bolso. Incluya instrucciones escritas de la medicina, dosis, y frecuencia. Otras drogas como (Advil, alergia/febre del heno ..) permanecerá con su campista para ser usado como necesario/decidido por su campista.

Escribe cualquier condición física o conducta que puede afectar o limitar la participación en excursiones a pie, correr, o jugar juegos físicos o vigorosos:

La seguridad es una preocupación primaria en la "Shadow Mountain." Hemos hecho todo lo posible para minimizar riesgos en este programa. Todas las actividades son controladas y supervisadas por profesores certificados y/o técnicos. No importa, cuantas precauciones que tomamos, siempre habrá un poco de riesgo en un programa de este tipo. Este es un campo de naturaleza. Los estudiantes participan en excursiones, juegos y otras actividades en la naturaleza. Nuestra seguridad ha sido excepcional. **Sin embargo, por favor entienda que el Distrito Escolar de Nebo no lleva el seguro médico o accidente para los campistas. El seguro será su responsabilidad.**

Doy el permiso para dispensar las recetas medicas dicho arriba para la participación en las programas de Shadow Mountain, sujetos a los limitaciones anotadas aquí.

En caso de una emergencia, entiendo que cada esfuerzo será hecho para ponerse en contacto conmigo o las personas designadas. Si no estoy disponible, doy mi permiso al líder o adulto responsable para asegurar el tratamiento apropiado.

Admito que soy responsable para pagar cualquier gasto médico para mi niño.

Padre/Guardián (escrito) _____

Parent/Guardián (firma) _____

Por favor escribe los cheques a “Shadow Mountain”.

Para el uso del Oficina:

Paid \$ _____

Check # _____ -or- cash _____

Initial _____

Notes: _____

Cut on line

**Recbio for
Shadow Mountain Program
Verano 2010**

Student Name: _____ **School** _____

Tamaño de camiseta _____

Paid \$ _____ on Date: _____ by Check # _____ Cash _____

Verification: _____

(Signature)

Este recibo es para sus archivos. No es necesario traerlo al campo. Habrá un cobro de cancelación de 25.00 dólares si usted decide anular.