

# Formulario de Inscripción

Un formulario por niño. Para garantizar la pronta inscripción de su hijo, complete el formulario en su totalidad.

## Información familiar:

\*teléfono principal \_\_\_\_\_ teléfono secundario \_\_\_\_\_ ☐ ☐

\*Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de Pila \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

(\*Contacto Principal)

(Contacto Secundario)

\*DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\*correo electrónico \_\_\_\_\_ \*contacto de emergencia (que no sea el padre) y teléfono \_\_\_\_\_

## Información del participante:

\*Apellido \_\_\_\_\_ \*Nombre de Pila \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ \*M/F \_\_\_\_\_

Modificaciones del programa: para ayudarnos a planificar los apoyos adecuados, los participantes con discapacidades deben comunicarse al 240-314-8620 antes de la actividad

Curso #	nombre del programa	fechas	honorarios
# _____	_____	_____	\$ _____
# _____	_____	_____	\$ _____
# _____	_____	_____	\$ _____
# _____	_____	_____	\$ _____
# _____	_____	_____	\$ _____
# _____	_____	_____	\$ _____
# _____	_____	_____	\$ _____
total parcial:			\$ _____
\$5 _____ \$10 _____ \$20 _____ contribuir al fondo de recreación:			\$ _____
Ayuda a enviar a un niño al campamento			\$ _____
<input type="checkbox"/> programar plan de pago			<b>TOTAL:</b> \$ _____

### Release, Waiver, Assumption of Risk and Consent

El Departamento actuará de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). La participación en el programa puede ser una actividad peligrosa y algunos programas pueden requerir actividad física extenuante. El participante puede participar en el programa si el participante es física y médicamente capaz. Todos los participantes deben poder pasar una autorización médica si es necesario para la actividad elegida. El participante (o el padre o tutor en nombre de un niño participante menor) asume todos los riesgos asociados con la participación en este programa, incluidos, entre otros, los asociados generalmente con este tipo de programa, los peligros de: viajar en vías públicas, accidentes, enfermedades y las fuerzas de la naturaleza. En consideración del derecho a participar en el programa y en consideración adicional del arreglo hecho para el participante por el Alcalde y el Concejo de Rockville a través de su Departamento de Recreación y Parques para alimentos, viajes y recreación, el participante, sus herederos, y albaceas, o un padre o tutor en nombre de un niño participante menor de edad, acuerda liberar e indemnizar al Alcalde y al Concejo de la Ciudad de Rockville y a todos sus agentes, funcionarios y empleados, de todos y cada uno de los reclamos por lesiones o pérdida de cualquier persona o propiedad que pueda surgir o resultar de la participación en el programa. El participante y el padre o tutor, en nombre de un niño menor participante, otorgan permiso para dos acciones separadas: (1) el uso por parte de la Ciudad de imágenes, semejanzas, voz, etc. que incluyan al participante con fines de promoción y (2) tratamiento médico de emergencia administrado por un médico o un técnico de emergencias médicas. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta suscribirse a la lista de correo de Rockville & Recreation and Parks para recibir actualizaciones por correo electrónico sobre nuestros programas. Toda la información recopilada se utilizará de acuerdo con la política de privacidad de la Ciudad de Rockville. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Al participar en un programa del Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Rockville y/o ingresar a una instalación, acepto seguir todas las reglas publicadas y/o publicadas y las instrucciones del miembro del personal. La violación puede resultar en la eliminación del programa y/o suspensión de la instalación.

\*Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_

### PAYMENT

Hacer Cheque Pagable A: **City of Rockville**  
cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_ diner \_\_\_\_\_ Check # \_\_\_\_\_



Exp. Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ código de seguridad \_\_\_\_\_

firma (nombre en la tarjeta) \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY:

Check \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_\_\_ Charge \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Processed by:

Date Processed:

Total Paid: \$ \_\_\_\_\_

# Información del Campista e Historial de Salud

Responder preguntas  
en línea



Nombre del participante \_\_\_\_\_

Apodo del participante / pronombre preferido \_\_\_\_\_

Idioma principal \_\_\_\_\_

A qué grado escolar ingresará este niño/a en el otoño? \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal 1 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor legal 2 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (que no sea el padre/madre) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombres de cualquier otra persona autorizada a recoger a su hijo/a del campamento.

Existen preocupaciones de custodia que debemos conocer? **Sí** **No**

*Si respondió "sí", proporcione una copia de la orden judicial al director del campamento el primer día del programa.*

Cuál es la habilidad de natación del campista? **No sabe nadar** **Principiante** **Intermedio/Avanzado**

*Si las actividades acuáticas forman parte del programa: Los campistas que no saben nadar no serán evaluados y estarán restringidos a áreas con una profundidad máxima de 3½ pies. Todos los demás deberán realizar una prueba de natación. Los campistas que aprueben la prueba tendrán acceso completo al área de natación.*

## Autorización para el uso de protector solar y repelente de insectos

Los productos deben aplicarse al campista antes de llegar al programa. El personal puede ayudar durante el día si se proporciona un producto en aerosol y se otorga la autorización. **Otorgo permiso para que:**

El campista pueda aplicarlo

El personal pueda aplicarlo

El campista y el personal puedan aplicarlo

No autorizado

## Atención Médica en el Campamento

El participante tendrá un inhalador en el campamento? **Sí** **No**

El participante tendrá un EpiPen en el campamento? **Sí** **No**

Enumere cualquier otro medicamento (con receta o de venta libre) que este participante pueda necesitar durante el horario del campamento. Si no hay ninguno, escriba "ninguno". \_\_\_\_\_

*Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, un Formulario de Autorización de Medicamentos debe ser completado por el proveedor de atención médica del niño/a y entregado con anticipación o presentado el primer día del campamento.*

## Salud General

Cualquier otra alergia que tenga el participante y que no se haya mencionado anteriormente. Si no hay ninguna, escriba "ninguna". \_\_\_\_\_

Cualquier medicamento que el participante tome actualmente (fuera del horario del campamento). Si no hay ninguno, escriba "ninguno". \_\_\_\_\_

Cualquier restricción alimentaria, necesidad especial, condición médica, física, psiquiátrica o conductual que debemos conocer. Si no hay ninguna, escriba "ninguna". \_\_\_\_\_

Médico principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Este participante reside actualmente FUERA de los Estados Unidos o de un Territorio de los Estados Unidos? **Sí** **No**  
*Si respondió "sí", debe presentar el registro de vacunación del participante en el formulario DHMH-896 del Departamento de Salud de Maryland al director del campamento el primer día del programa.*

Enumere cualquier inmunización de la cual este participante esté exento. \_\_\_\_\_

*Al firmar a continuación, confirmo que he revisado toda la información anterior y que es correcta según mi leal saber y entender.*

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en escrito \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_