



**Costo para Campista es \$85.00**  
 Quota debe ser enviado por correo a la oficina de Camp Re-NEW-All

USO SOLAMENTE PARA OFICINA	
DATE RECEIVED _____	SESSION _____
FEE PAID _____ # _____	GRADE _____
CR REF _____	

## 2017 SOLICITUD DEL CAMPISTA

### INFORMACIÓN DE CONTACTO (LETRA DE MOLDE CLARO-LLENE LA FORMA TOTALMENTE)

Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código:
Teléfono:	Correo electrónico del contacto de emergencia: <b>REQUIRED</b>		
Fecha de nacimiento:	Edad actual:	Varón <input type="checkbox"/>	Hembra <input type="checkbox"/>
Grado el año próximo    5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>			
Nombre de Parroquia:	Ciudad de la parroquia:	Pastor:	

### TAMAÑO DE LA CAMISETA **REQUIRED**

### PADRES/GUARDIANES

Nombre de la madre/tutor:	Nombre del padre/del tutor:
Celular de la madre/del tutor/trabajo #:	Padre/celular/del tutor:

### SESIÓN DEL CAMPO QUE QUISIERA ATENDER

SESIONES EN FREDERICKTOWN:		Prefiero atender al campo Re-NEW-ALL- Todo en: (Enumera sus opciones según lo enumerado en el folleto - lista <b>SOLAMENTE</b> sesiones que usted <b>PUEDA</b> atender)	SESIONES EN CASSVILLE:			
<b>1F</b>	<b>12-16 de junio</b>		<b>1C</b>	<b>26-30 de junio</b>	<b>4C</b>	<b>17-21 de julio</b>
<b>2F</b>	<b>26-30 de junio</b>		<b>2C</b>	<b>3-7 de julio</b>	<b>5C</b>	<b>24-28 de julio</b>
<b>3F</b>	<b>10-14 de julio</b>		<b>3C</b>	<b>10-14 de julio</b>		

### CAMPISTA: MÁS ALLÁ DE CAMPO ATENCIÓN Y TALENTOS ESPECIALES

¿Usted ha estado en Camp Re-NEW-All antes?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí: Cuántos años: _____	El año pasado atendido _____
¿Sabe usted nadar?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Si sí, qué tan bien? _____		
Talentos especiales del campista (artístico, musical, etc.): _____		
Intereses especiales del campista (artístico, musical, etc.): _____		

### COMUNICADO DE PRENSA

Por la presente libero a la diócesis de Springfield-Cape Girardeau los derechos de mis fotografías / audio / videos, con fines de promoción, video, sitio web o publicaciones de la diócesis. **LA DIÓCESIS RECOMIENDA QUE EL PERSONAL, VOLUNTARIOS Y PADRES NO SE ENVÍEN A LOS MEDIOS SOCIALES NI DISTRIBUYEN INFORMACIÓN IDENTIFICABLE PERSONAL, INCLUIDAS LAS FOTOGRAFÍAS DE CUALQUIER NIÑO MENOR DE 18 AÑOS, SIN CONSENTIMIENTO VERIFICABLE DE UN PADRE O TUTOR.**

Firma del padre/del tutor: _____	Fecha: _____
----------------------------------	--------------

### RECORDATORIOS IMPORTANTES DE LA OFICINA DE CAMP RE-NEW-ALL

<ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha límite: <b>15 de Marzo</b></li> <li>Notificación de la aceptación enviada: <b>Después del 15 de abril</b></li> <li>Los campistas se aceptan en base a <b>"Primer llegado, primer servido"</b> (Campistas que son miembros de nuestra diócesis tienen prioridad)</li> <li><b>El aviso de 10 días laborales de cancelación se requiere antes de que los reembolsos sean dados</b> (Reembolsos procesados después del 31 de julio)</li> <li>Aplicación en línea en: <a href="http://www.dioscg.org">www.dioscg.org</a>, vaya a la página del ministerio de la jóvenes (youth ministry) y siga los enlaces para a Camp Re-NEW-All.</li> </ul>	<p>Aplicaciones se pueden enviar por correo o por telefax a la dirección o al número de fax abajo. El pago de los campistas no será aceptado en el campamento. La cuota debe ser enviar:</p> <p style="text-align: center;"><b>Camp Re-NEW-All</b>  <b>601 S Jefferson Ave</b>  <b>Springfield, MO 65806</b>  <b>FAX# 417-866-1140</b></p> <p style="text-align: right;"><b>You may also email completed applications to:</b>  <a href="mailto:rfrancka@dioscg.org">rfrancka@dioscg.org</a></p>
--	---



Llene por favor ambos lados

Noviembre, 2016

# Diócesis Católica de Springfield-Cape Girardeau – Camp Re-NEW-All

## Exención de responsabilidad de padre/tutor consentimiento forma

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento:

Yo/nosotros (los nombres de los padres o tutor) \_\_\_\_\_ conceder permiso para nuestro hijo cuyo nombre aparece arriba, a participar en una **sesión señalada de Camp –Re-NEW-All** a programarse entre **Junio 1, 2017 y Agosto 1, 2017**. Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de empleados diocesanos o voluntarios. Como el padre / guardián, yo/nosotros siguen siendo legalmente responsables por cualquier acción personal tomada por el menor nombrado anteriormente (participante).

Yo/ nosotros estamos de acuerdo, en nombre de mí mismo, mi hijo nombrado adjunto, o nuestros herederos, sucesor y cesionarios, defender la Diócesis de Springfield-Cape Girardeau, sus oficiales, directores, empleados y agentes, acompañantes o representantes asociados con el evento, y cualquier reclamación que surja de o en conexión con la misma forman, y estoy de acuerdo en indemnizar a la diócesis, sus oficiales, directores, empleados, agentes y acompañantes o representantes asociados con el evento para razonables honorarios y gastos que puedan incurrir en cualquier acción judicial contra ellos como consecuencia de tales lesiones o daños, salvo que dicha reclamación surge de la negligencia de la diócesis.

Yo/nosotros por la presente garantiza que a lo mejor de mi/nuestra/conocimiento, mi/nuestro niño está en buen estado de salud, y yo/asumimos toda la responsabilidad por la salud de mi/nuestro niño

Firma del padre/del guardián:

Fecha:

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, Yo/nosotros damos por este medio el permiso de transportar a niño de mi/nuestro hijo a un hospital para tratamiento del hospital o doctor. Deseo ser aconsejado anteriormente a cualquier otro tratamiento más por el hospital o el doctor. En caso de emergencia, si usted es incapaz de llegar a mi/nosotros en los números anteriores, en contacto con:

\_\_\_\_\_ **Inicial del padre/ del guardián aquí para indicar consentimiento:**

Nombre:

Relación al campista:

Teléfono casa:

Trabajo/celular #:

Médico de cabecera:

Teléfono #:

Portador del plan de la salud de la familia:

Póliza #:

### MEDICAMENTO

DE LAS DECLARACIONES SIGUIENTES REFERENTE A MATERIAS MÉDICAS, **Padre/guardián por favor inicial y marque SOLAMENTE los que son aplicables**

- En el acontecimiento viene a la atención de la diócesis, de sus oficiales, de los directores, de los chaperones o de los representantes asociados a la actividad y el niño de mi/nuestro se enferma con síntomas tales como dolor de cabeza, vomitando, garganta dolorida, fiebre, diarrea, yo/nosotros desea ser llamado.
- El niño de Mi/nuestro está tomando la medicación actualmente: *(Si fuera aplicable nombrar medicamento, dosificación y frecuencia)*

Ninguna medicamento de ningún tipo, con prescripción o sin prescripción, se puede administrar al niño de mi/nuestro hijo a menos que la situación sea peligrosa para la vida y se requiere el tratamiento de la emergencia.

Yo/nosotros concedemos por este medio permiso para medicamentos sin -prescripción (tal como Tylenol, losanges de la garganta, jarabe para la tos) de ser dado al niño de mi/nuestro hijo, si está juzgado recomendable.

### HISTORIAL MÉDICO

(La diócesis tomará cuidado responsable para ver que la información siguiente será llevada a cabo en confianza)

**Inmunización del tétanos (DPT) (REQUERIDA)** Fecha de la inmunización pasada de tétanos:

**Reacciones alérgicas** (las medicinas, alimento, plantas insectos, el etc.):

¿Su niño tiene una dieta médica prescrita?

¿Limitaciones físicas?

¿Han expuesto a su niño recientemente a enfermedades o a condición contagiosas? Si sí, la fecha y la enfermedad condicionan:

Usted debe estar enterado de estas necesidades especiales o condiciones médicas del niño:

### CÓDIGO DEL COMPORTAMIENTO

Yo, (nombre del participante) \_\_\_\_\_ me comprometo a cumplir el código de conducta de mí cuando están presentes en este evento esperado. Cooperaran plenamente con sus acompañantes o los líderes de este evento y obedecer las leyes locales y reglamentos, además de las normas especiales que me dio. Entiendo que el no cumplir con este código puede resultar en tener que salir del programa.

Firma del participante:

Fecha:

Yo/nosotros Estamos de acuerdo en que nuestro hijo se registrarán por todas las reglas y regulaciones establecidas por Camp Re-NEW-All. Yo/nosotros estamos de acuerdo en que si mi/nuestro niño es incapaz de cumplir el código de comportamiento de mi/nuestro niño puede enviarse Inicio inmediatamente a mi/nuestra costa. Yo/nosotros completamente entender y firmar este formulario de consentimiento de los padres/tutores y responsabilidad renuncia a sabiendas, libre y voluntariamente. (Sus firmas son requeridas)

Firma del padre/del guardián:

Fecha: