



Costa para Personal de Escuela Superior es \$50.00

Quota debe ser enviado por correo a la oficina de Camp Re-NEW-All

USO SOLAMENTE PARA OFICINA

DATE RECEIVED _____ SESSION _____
 FEE PAID _____ # _____
 POSITION _____
 CR REF _____

2017 PERSONAL DE ESCUELA SUPERIOR

(Escuela Superior – Grados: 10th, 11th 12th bajo 18 años durante campo)

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

Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Teléfono: _____ Correo Electrónico del contacto de emergencia **REQUIRED:** _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____ Varón Hembra
 Grado el año próximo 10 11 12 College Otros
 Nombre de parroquia: _____ Ciudad de 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 #: _____ Celular del Padre/del Tutor/Trabajo#: _____

POSICIONES DEL PERSONAL

Numere las posiciones para las cuales usted se está aplicando en la orden de la preferencia (las calificaciones para cada posición se dan en una hoja separada)

Consejo	Asistente de Cocina	Música	Deportes/Nature	** El nivel del de la responsabilidad será basado en edad y experiencia, en el de la discreción del director**
Formación religiosa	Fronte acuático	Artesanías		

LAS SESIONES DEL CAMPO ESTOY DISPONIBLE PARA TRABAJAR

SESIONES EN FREDERICKTOWN:		Estoy disponible para trabajar las sesiones siguientes en Camp Re-NEW-All: (escriba en opciones según lo enumerado en el folleto - lista SOLAMENTE sesiones que usted PODER atienda)	SESIONES EN CASSVILLE:			
1F	11-16 de junio		1C	25-30 de junio	4C	16-21 de julio
2F	25-30 de junio		2C	2-7 de julio	5C	23-28 de julio
3F	9-14 de julio		3C	9-14 de julio		

EXPERIENCIA Y/O CALIFICACIONES

¿Usted ha estado en Camp Re-NEW-All antes? Si No Si-Cuántos años: _____ Postions anteriores celebradas: _____
 Favor de indicar su experiencia previa en programas de niños (ej. Niños (as) scouts, doctrina, etc)
 Favor de listar sus "talentos especiales" tales como Cruz Roja Juvenil o Salvavidas Adulto, música, arte, encender una hoguera durante las actividades de campamento, drama, etc. _____
 ¿Qué experiencias tiene en el área en la cual usted se ofrece de voluntario/a? _____

REFERENCIA: Nombre, dirección y teléfono de una persona no se pariente suyo y a quien conoce por lo menos hace un año.

Si traerá un instrumento musical a campamento, ¿cuántos años tiene experiencia tienes? _____ **Campamento Re-nuevo-All no asume ninguna responsabilidad para instrumentos perdidos o dañados en el campamento.**

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 DEL CAMPO

- Fecha limite: **15 de Marzo**
- Notificación de la aceptación enviada: **Después del 15 de abril**
- Los campistas se aceptan en base a "**Primer llegado, primer servido**" (campistas que son miembros de nuestra diócesis la primera prioridad)
- El **aviso de 10 días laborales de la cancelación se requiere antes de que los reembolsos sean dados** (Reembolsos procesados después del 31 de julio)
- Aplicación en línea en: www.dioscq.org , vaya a la página del ministerio de la jóvenes (youth ministry) y siga los enlaces para a Camp Re-NEW-All.

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 en el campamento. La cuota debe ser enviar:
Camp Re-NEW-All
 601 S Jefferson Ave
 Springfield, MO 65806
FAX# 417-866-1140

You may also email completed applications to:
francka@dioscq.org



Diócesis católica del 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, 2016 y Agosto 1, 2016**. 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 mi 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 guarda:	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 participante:
Teléfono casa:	Trabajo/celular #:
Médico de cabecera:	Teléfono #:
Portador del plan de la salud de la familia:	Poliza #:

MEDICACIÓN

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 del tétanos:
Reacciones alérgicas (las medicinas, alimento, plantas insectos, el etc):
¿Su niño tiene una dieta médicamente 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 de my/our:

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:
--------------------------------------	---------------