

KU CAMPAMENTO DE VERANO 2017
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ACUERDOS



Información del Estudiante

Sección II

Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido: _____ Grado terminado 2016-17: _____
 Campamento de Asistencia: Howard (2nd-3rd)
 Dirección de Estudiante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____
 Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Sección II

Persona Financieramente Responsable

Relación con el Estudiante: Padre Abuelo/la Guardián Legal Otro _____
 Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico _____
 Dirección si es diferente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____
 Empleador _____ Teléfono del empleador : (____) _____
 ¿Alguien está dispuesto a pagar la matrícula por usted? Sí No **Tercer Acuerdo** con: DHS Migrant Ed Other: _____
 Usted recibe: Snap OHP Desempleo Persona de Contacto: _____
 ¿Recibe actualmente alguno de los siguientes? ERDC SNAP OHP Jackson Care Connect All Care
 Si su respuesta es no, esta interesado en recibir más información/ayuda con el proceso? Sí No # de personas en el hogar _____

Sección III

Ingresos Familiares y Etnicidad

\$0-14,999 \$15,000-25,000 \$26,000-40,000+ * Información confidencial para estadísticas de fondos y recursos solamente
 Afroamericano Asiático Hispano Nativo Americano Caucásico Otro _____ Me niego a responder

Sección IV: Leer y Inicial cada línea

Compromisos

_____ **TIEMPO DE RECOGER:** Yo entiendo que puedo recoger a mi hijo de las 4:00pm en adelante.
 _____ **SI RECOGE TARDE:** Yo entiendo que el programa termina a las 5:30pm todos los días. Después de 10 minutos del horario de cierre, se les llamara a los contactos de emergencia de su lista. Si nadie puede llegar en una hora, la policía será llamada para escoltar a su niño (s) al Servicios de Protección por el abandono de niños.
 _____ **EXCURSIONES:** Normalmente los sitios estarán participando en las excursiones en ocasión. El horario será proveído a usted para su hijo. Si Usted no desea que su hijo participe en excursiones por favor consulte el calendario y no podrán asistir ese día.
 _____ **ALERGIAS:** Si es alérgico a los cacahuets o productos lácteos, deberán tener una nota del doctor y de liberación para el Epi-pen en caso.
 _____ **DEPÓSITO:** Con el fin de reservar lugar para su niño, usted tendrá que pagar un depósito **no reembolsable de \$10.00 por niño y por semana.**
 _____ **CUOTA DE INSCRIPCIÓN ES DE \$20.00** Si su hijo no esta actualmente atendiendo ningun program a KU.
 _____ **VACACIONES/DÍAS AUSENTES:** Por favor notifique a su administrador de sitio por escrito si va a salir para cualquier longitud de tiempo para que sepamos de no esperar a su hijo. Los reembolsos no se darán debido a los días perdidos.
 _____ **CAMBIOS/CANCELACIONES:** A fin de asegurar el procesamiento adecuado, 5 días de aviso es necesario para los cambios. Un reembolso o crédito se expedirán por pagos hechos adelantados. Los reembolsos no se publicarán si el estudiante deja de asistir sin notificación por escrito.
 _____ **PAGOS DE TERCERA PERSONA:** Damos la bienvenida a los pagos de DHS y JOBS siempre con verificación adecuada. Porciones no pagadas (co-pagos) y los vales son responsabilidad de los padres o guardianes.
 _____ **Cargos semanales deberan pagarse 7 días antes de la semana del campamento. Se cobrará una cuota de \$25 a todos los pagos devueltos debido a fondos insuficientes.**
 _____ ***Si usted necesita hacer cambios a sus recibos por favor vaya a la oficina principal en 821 N. Riverside Ave, Medford from 8am to 5pm**

Section V: Summer:

Week 1 June 26 – 30 Week 2 July 5 – 7 Week 3 July 10 – 14 Week 4 July 17–21
**Closed July 3rd & 4th* Week 5 July 24 – 28 Week 6 July 31 – Aug. 4 Week 7 Aug. 7 – 11 Week 8 Aug. 14 – 18

Print Name: _____ Signed: _____ Date: _____

Acct Key _____ <input type="checkbox"/> Prior participant <input type="checkbox"/> outstanding balance _____	Office Use Only: Deposit: \$10 x _____ weeks= _____ Paid: Cash Credit Check# _____
Amount Paid: _____ Paid: Cash Credit Check# _____	
Rcvd by: _____ Billing Entered by: _____ Start Date _____ Site Manager Contacted _____	

Kids Unlimited Campamento de Verano Formulario de Salud

Último grado terminado en 2016-17 K 1ro 2do 3ro 4to 5to 6to

Escuela _____ Grado que cursara el próximo año escolar 2017-18: _____
Nombre del Niño: _____ Genero: M F Fecha de Nacimiento: Mes/ Día/ Año/ _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Niño Vive Con: Ambos Padres Madre Padre Otro(a)
Guardián 1 Nombre: _____ (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____
Guardián 2 Nombre: _____ (Celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____

¿Puede la foto de mi hijo(a) ser usada con fines promocionales? Si No Puede asistir excursiones? Si No
Talla de Camisa: Juvenil Pequeño Juvenil Mediano Juvenil Grande
 Adulto Pequeño Adulto Mediano Adulto Grande Adulto X-Grande

CONTACTOS DE EMERGENCIA AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NINO(A) ADEMÁS DE LOS PADRES Deben mostrar identificación con foto al personal

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____
Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____
Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____
Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

ALERGIAS: Favor anote todas las alergias, como picaduras de abejas, alimentos, otros: _____
*Una nota del médico debe ser suministrada para las alergias alimentarias

¿Su niño ha sido picado por una abeja? Sí NO

RESTRICCIONES DIETETICAS: Favor anote cualquiera y todas modificaciones dietéticas: _____

LIMITACIONES FÍSICAS: Favor anote limitaciones y las razones de todas las limitaciones: _____

OTRO: Por favor, use este espacio para facilitar cualquier información adicional sobre el comportamiento físico y emocional o de salud mental del participante acerca del cuál el personal deba saber _____

MÉDICOS: Favor anote condiciones médicas que usted piensa que puede ser útil para que el personal sepa (cosas como cirugías recientes, cicatrización de lesiones, o si las condiciones actuales requieren una atención especial).

Medicamentos: Si su hijo (a) toma algún medicamento con o sin receta usted debe llenar la forma de permiso de medicamentos. ____ Iniciales.

Mi hijo(a) **NO** toma medicamentos de forma rutinaria **Y NO** hemos mandado medicamentos al programa para mi hijo.

¿Esta su hijo(a) protegido con un Seguro de Salud? Sí No Si responde "Si", que tipo de seguro es:

Oregon Health Plan/Medicaid ____ All Care ____ Seguro del Trabajo/Familiar ____ Seguro Privado ____

Si responde "No", a nosotros nos gustaría ayudarle para registrarse en el Oregon Health Plan/Medicaid a través del Jackson Care Connect. Para los niños y familias elegibles, el Oregon Health Plan tiene servicios médicos, dentales, de la vista y salud mental a muy bajo costo, o sin costo para los padres de familia.

Nombre del Asegurado _____ FDN Mes/ Día/ Año/ _____ Parentesco con el Paciente _____
Nombre del Empleador: _____ Trabajo: (____) _____
Compañía de seguro _____ #Grupo _____ #ID _____
Dirección de Aseguradora: _____ Teléfono: (____) _____

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Entiendo que Kids Unlimited no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que pueda sufrir como resultado de mi condición física o como resultado de mi participación en cualquier actividad de Kids Unlimited. Por este medio (y en nombre de mis hijos) libero, exonero y comprometo a no demandar a Kids Unlimited, sus empleados, funcionarios o directores de cualquiera y todas las reclamaciones por lesiones, enfermedad, pérdida o daño que pudiera sufrir como resultado de mi participación. Yo doy permiso a Kids Unlimited de usar su juicio para obtener servicio médico para mí y / o mi hijo. Yo le doy permiso al médico seleccionado por el personal de Kids Unlimited para hacer el tratamiento médico necesario y apropiado. El pago de cualquier resultado, los gastos médicos, o los costos y gastos relacionados deben ser pagados por mi seguro medico o plan de beneficios disponible mío o de mi pareja. He leído y entendido esta declaración y renuncia.

Firma de Padre / Guardián: _____ Fecha: _____