

**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:  Table Rock (K -5<sup>th</sup>)  
 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 dias 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 3<sup>rd</sup> & 4<sup>th</sup>*  **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: \_\_\_\_\_

<b>Acct Key</b> _____ <input type="checkbox"/> Prior participant <input type="checkbox"/> outstanding balance _____	<b>Office Use Only:</b> 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: \_\_\_\_\_