



Verificacion de Hermanos

Querido(s) Padre(s) / Guardian Legal:

Hemos recibido la solicitud inicial. Como usted sabe, Aurora Day Camp sirve a niños con cancer y a sus hermanos, pero nos falta la información que nos falta las informaciones del niño (o niña) diagnosticado/a con cancer. Favor de completar este documento y devuelvalo lo mas pronto posible:

Nombre Del(a) Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento Del(a) Niño(a): ____/____/____ Edad Del(a) Niño(a): _____

Diagnostico: _____

Fecha del Diagnostico Inicial: _____

Hospital de Afiliacion: _____

Nombre del Oncologo: _____

Numero de Telefono: _____

Le doy permiso al director del campamento o su designado a que puedan ponerse en contacto con el médico que aparece arriba.

Firma _____ Fecha _____

Por favor, complete y envíe los formularios a:

Aurora Day Camp
3340 Peachtree Rd NE
Suite #1010
Atlanta, GA 30326
470-632-0909
470-632-0909 fax

registrar@auroradaycamp.org