

SOLICITUD PARA EL CAMPAMENTO



Aurora Day Camp
3340 Peachtree Rd NE
Suite 1010
Atlanta, GA 30326
470-632-0909 phone
470-632-0909 fax
registrar@auroradaycamp.org

Apellido	Nombre	Niño con cancer o Hermano?		Genero	Fecha de nacimiento	Grado (2017-2018)	Escuela	Tamaño camiseta Y (XS,S,M,L) A (S,M,L, XL,XXL)	Nuevo o Regresa?
		C	S						
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				

Campistas pueden asistir una sesión o todas. Por favor, indique a qué sesión asistirá su(s) hijo(s): (Campamento cerrado July 4)

☐ Session 1 (June 11 – 22)

☐ Session 2 (June 25 – July 6)

☐ Session 3 (July 9 – 25)

Dirección _____ Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Posta _____ Telefono _____

	Nombre y apellido	Relación	Teléfono celular	Teléfono laboral	Email
Padre/Guardian legal 1					
Padre/Guardian legal 2					
Contacto de emergencia 1					Nota: Por favor, proporcione dos contactos alternativos que puedan retirar a su hijo en caso de emergencia si no podemos ubicar a los padres/tutores. Estos contactos deben presentar su identificación para poder retirar al niño.
Contacto de emergencia 2					

Estado civil del padre/tutor: ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a

Diagnóstico inicial: _____ Fecha de diagnóstico: _____ ¿Tratamiento activo? ☐ Sí ☐ No Fecha en que terminó el tratamiento: _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Teléfono _____

Nombre del oncólogo que lo deriva _____ Teléfono _____

Si Corresponde, nombre del trabajador social _____ Teléfono _____

¿Necesita su hijo atención personalizada en el campamento por alguna necesidad médica/social/conductual? Si es así, por favor explique: _____

Favor de mandar esta solicitud completa y firmada al campamento listado arriba.

** Si lo envía por fax o correo electronico, recuerde enviar las 2 paginas!

DÉ VUELTA LA PÁGINA



HOSPITAL PRIMARIO DONDE EL NIÑO CON CANCER HA RECIBIDO TRATAMIENTO

☐ Scottish Rite

☐ Eggleston

☐ Other _____

TRANSPORTE (marque todos que le correspondan)

☐ AUTOMOVIL – (ingreso 9:30am , salida 3:45pm)

☐ CUIDADO PROLONGADO Opciones de horario extendido ☐ Pre-Campamento (from 7:30am) ☐ Post-Campamento (until 6:30pm)

☐ BUS – El horario en que los buses pasan a buscar y devuelven a los niños todavía no se ha determinado

☐ West Midtown

☐ Alpharetta

☐ Decatur

☐ Marietta

☐ Norcross

☐ I am unable to travel to any of these stops. Please have someone contact me.

Lenguaje Primario: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Other _____

Prefiero recibir toda informaciones via ☐ EMAIL ☐ PAPEL (Correo)

INFORMACION FAMILIAR

La siguiente informacion es para ser utilizada por la Asociacion Sunrise cuando solicita fondos de varias fuentes, y no afectara la capacidad de su familia para asistir al campamento de forma gratuita, independiente de sus ingresos. La informacion que proporcionamos, nunca te identificara ni a ti ni a los miembros de tu familia, sino se agrupan con otras familias como parte de las estadísticas generales.

Ocupacion:

Padre 1 /Guardian legal 1 Ocupacion _____ Trabajo _____

Padre 2/Guardian legal 2 Ocupacion _____ Trabajo _____

Etnia Familiar: ☐ Africano Americano ☐ Asiatico Pacifico ☐ Caucasico ☐ Hispano Latino ☐ Indio Americano ☐ Raza mixta ☐ Otro _____

Ingreso de la Familia: ☐ Less than \$25,000 ☐ \$25,000 to \$34,999 ☐ \$35,000 to \$49,999 ☐ \$50,000 to \$74,999
☐ \$75,000 to \$99,999 ☐ \$100,000 to \$149,999 ☐ \$150,000 to \$199,999 ☐ \$200,000 or more

AUTORIZACIONES

- Por el presente, autorizo a mi hijo a participar en todas las actividades dentro y fuera del campamento de acuerdo con las recomendaciones del médico y a ser transportado por Aurora Day Camp para realizar las actividades.
☐ Sí ☐ No Iniciales: _____
- Por el presente, Aurora Day Camp o a sus designados autorizo para fotografiar y tomar video de mi hijo durante las actividades del campamento con el único propósito de compartir con las familias de Aurora por medio de comunicación social seguro.
☐ Sí ☐ No Iniciales: _____
- Por el presente, autorizo a Aurora Day Camp o a sus designados a usar fotos (y videos) tomadas durante los programas fines publicitarios, incluyendo a los medios públicos, correo electrónico y demás medios electrónicos.
☐ Sí ☐ No Iniciales: _____
- Por el presente, autorizo a que se incluya el nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico de mi hijo en el directorio del campamento y que se los distribuya entre los demás niños de la comunidad de Aurora Day Camp.
☐ Sí ☐ No Iniciales: _____
- Reconozco que Aurora Day Camp es un programa gratuito.
☐ Sí o ☐ No Iniciales: _____

Estas autorizaciones son válidas desde la fecha de su firma hasta el 1 de julio del siguiente año:

Firma del padre/Guardian legal: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha _____

Favor de mandar esta solicitud completa y firmada al campamento listado en la primera pagina.