



Verificación de Hermanos

Querido(s) Padre(s) /Tutor(es) Legal(es):

Hemos recibido la solicitud inicial. Como usted sabe, Aurora Day Camp sirve a niños con cáncer y a sus hermanos, pero nos dimos cuenta que nos falta las informaciones del niño/a diagnosticado/a con cáncer. Por favor complete este documento y devuélvalo lo más pronto posible:

Nombre del(a) niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): ____/____/____ Edad del Niño/a: _____

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico inicial: _____

Hospital de afiliación: _____

Nombre del oncólogo: _____

Número de teléfono del oncólogo: _____

Le doy permiso a la directora 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

8105 Roberts Drive

Atlanta, GA 30350

Teléfono: 470-632-0909

Fax: 470-632-0909

registrar@auroradaycamp.org

