

SOLICITUD PARA EL CAMPAMENTO



Aurora Day Camp
8105 Roberts Drive
Atlanta, GA 30350
Phone: 470-632-0909
Fax: 470-632-0909
registrar@auroradaycamp.org

Apellido	Nombre	Niño con Cáncer o Hermano/a?		Género	Fecha de nacimiento	Grado (2018-2019)	Escuela	Talla de camiseta Y (XS,S,M,L) A (S,M,L, XL,XXL)	Nuevo o Regreso?	
		C	H						N	R
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					

Si su hijo/a con cáncer no asistirá, por favor escribe: Nombre y apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Tenemos una política de asistencia muy flexible. Campistas pueden asistir una sesión o todas. Por favor, indique a qué sesión asistirá su(s) hijo(s): *(Campamento cerrado el 4 de julio)*

☐ Sesión 1 (10 de junio - 21 de junio)

☐ Sesión 2 (24 de junio - 10 de julio)

☐ Sesión 3 (11 de julio - 25 de julio)

Dirección _____ Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

	Nombre y apellido	Relación	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico
Padre/Tutor 1					
Padre/Tutor 2					
Contacto de emergencia 1					Nota: Por favor, proporcione dos contactos alternativos que puedan retirar a su(s) hijo/a(s) 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 de padre/tutor: ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a

Diagnóstico inicial: _____ Fecha de diagnóstico: _____ Tratamiento activo? ☐ Sí ☐ No Si no, fecha en que terminó el tratamiento: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del oncólogo que lo deriva: _____ Número de teléfono: _____

Si corresponde, nombre de trabajador(a) social: _____ Número de teléfono: _____

Necesita su hijo/a(s) atención personalizada en el campamento por alguna necesidad médica/social/conductual? Se es así, por favor explique: _____

Por favor envíe esta solicitud completada y firmada al campamento listado arriba.

**** Si lo envía por fax o correo electrónico, por favor recuerde enviar las 2 páginas!**

HOSPITAL PRIMARIO DONDE EL NIÑO CON CÁNCER HA RECIBIDO TRATAMIENTO

☐ Scottish Rite

☐ Egleston

☐ Other _____

TRANSPORTE (marque todos que le correspondan)

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

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

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

☐ Alpharetta

☐ Decatur

☐ Eastpoint

☐ Fairburn

☐ John's Creek

☐ West Midtown

☐ Jonesboro

☐ Lithia Springs

☐ Norcross

☐ Smyrna

☐ Snellville

☐ No puedo viajar a ninguna de estas paradas. Por favor que alguien me contacte.

Prefiero recibir toda informaciones vía ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ PAPEL (Correo)

Lenguaje Primario: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

La siguiente información es para ser utilizada por la Asociación 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 información 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.

Ocupación:

Padre 1 /Guardian legal 1 Ocupación _____ Lugar de trabajo _____

Padre 2/Guardian legal 2 Ocupación _____ Lugar de trabajo _____

Etnia Familiar:

☐ Africano Americano

☐ Asiático Pacifico

☐ Caucásico

☐ Hispano Latino

☐ Indio Americano

☐ Raza mixta

☐ Otro _____

☐ Prefiero no contestar

Ingreso de la Familia:

☐ Menos de \$25,000

☐ \$25,000 a \$34,999

☐ \$35,000 a \$49,999

☐ \$50,000 a \$74,999

☐ \$75,000 a \$99,999

☐ \$100,000 a \$149,999

☐ \$150,000 a \$199,999

☐ \$200,000 o más

AUTORIZACIONES

- Por el presente, autorizo a mi(s) hijo/a(s) 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/Sunrise Association 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(s) hijo/a(s) durante las actividades del campamento con el único propósito de compartir con las familias de Aurora en un sitio web 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/los nombres, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico de mi(s) hijo/a(s) en el directorio del campamento y que se los distribuya entre los demás las familias de la comunidad de Aurora Day Camp. ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____
- Reconozco que Aurora Day Camp es un programa gratuito. ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

Estas autorizaciones son válidas desde la fecha de su firma hasta el 15 de junio del siguiente año:

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

Por favor envíe esta solicitud completada y firmada al campamento listado en la primera página

**** Si lo envía por fax o correo electrónico, por favor recuerde enviar las 2 páginas!**