

Solicitud Inicial de Campamento En Persona



Aurora Day Camp
7901 Roberts Drive
Atlanta, GA 30350
Phone: 470-632-0909 ext. 1
Fax: 470-632-0909
registrar@auroradaycamp.org

Apellido	Nombre	Niño/a con Cáncer o Hermano/a		Género y Pronombres (Hombre/Él/Él)	Fecha de Nacimiento	Grado escolar actual (2022-2023)	Escuela	¿Tiene su hijo/a un IEP/504?		Talla de camiseta Y (XS,S,M,L), A (S,M,L, XL,XXL)	Nuevo o Regreso	
		C	S					S	N		N	R
				/ /	/ /							
				/ /	/ /							
				/ /	/ /							
				/ /	/ /							

Si su hijo/a con cáncer no asistirá, por favor escriba: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fechas del Campamento: 12 de junio – 20 de julio

(No campamento el martes, 4 de julio)

Tenemos una norma de asistencia muy flexible. **Campistas pueden asistir a cualquier día del campamento.**

Para que podamos planificar nuestros grupos de campistas, verifique si espera que su(s) hijo/a(s) asista:

1 o 2 días a la semana 3 o 4 días a la semana Todos los días Desconocida en este momento Esporadicamente

Dirección: _____ Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de casa _____

	Nombre y Apellido	Relación	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Correo electrónico
Padre / Tutor #1					
Padre / Tutor #2					
Contacto de Emergencia #1					Nota: En caso de emergencia, los padres/tutores son primer contacto. 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/a(s).
Contacto de Emergencia #2					

Estado civil de padre/tutor: Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a Viudo/a Asociado/a

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

¿Necesita su hijo/a(s) atención personalizada en el campamento por alguna necesidad médica/social/conductual? Sí No Si es así, por favor explique: _____

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: _____

HOSPITAL PRIMARIO DONDE EL NIÑO COM CÁNCER HÁ RECIBIDO TRATAMIENTO

Egleston

Scottish Rite

Other: _____

Prefiero recibir toda la información sobre el campamento vía: Correo Electrónico Papel (correo) Ambos **Lenguaje Primario:** Inglés Español Otro: _____

Por favor envíe la solicitud firmada complete al dirección listada arriba.

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

INFORMACIÓN DE TRANSPORTE (marque a todos que le correspondan)

AUTOMOVIL – Ingreso 9:30am Salida 3:45pm (Si puede usar transporte privado, le recomendamos que lo haga por favor.)

CUIDADO EXTENDIDO SOLO PARA RECOGIDA Y ENTREGA DE AUTOMÓVIL – Pre-Campamento Post-Campamento

Debido a las posibles restricciones de Covid, la atención extendida antes y después del campamento se ofrecerá de forma limitada. Intentaremos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades y confirmar su solicitud.

AUTOBÚS – * Se determinarán los horarios de recogida y devolución de todos los autobuses. Las paradas de autobús están sujetas a cambios.

Alpharetta Cumming Decatur Douglasville Hoschton Gainesville Lithonia
 Jonesboro Kennesaw Tucker Woodstock Smyrna Snellville Marietta

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

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: Afroamericano Indio americano Asiático Pacifico Caucásico Hispano/Latino
 Oriente medio Sur de Asia Raza mixta Otra _____

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 favor reconozca todos los permisos a continuación, incluidos los de programación virtual en caso de que alguno de nuestros programas tenga un componente virtual.)

- Por la 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/ SunriseVX/ Sunrise Association para realizar las actividades. Sí No INICIALES: _____
- Por la presente, autorizo a Aurora Day Camp/ SunriseVX/ Sunrise Association 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 la presente, autorizo a Aurora Day Camp/ SunriseVX/ Sunrise Association o a sus designados a usar fotos (y videos) tomadas durante los programas de Aurora Day Camp/ Sunrise VX/ Sunrise Association con fines de mercadeo e captación de fondos, incluyendo a los medios públicos, folletos, correo electrónico y otros medios electrónicos. Si por alguna razón no desea que se utilicen imágenes de su hijo para tales fines, indíquelo a continuación y Aurora Day Camp/ SunriseVX/ Sunrise Association lo hará los esfuerzos razonables para satisfacer su solicitud. Sí No INICIALES: _____
- Admito y acepto que puede que mi(s) niño/a(s) participen en actividades de video y seminarios en web los que pueden incluir a mis niños vistos y oídos en Internet por una cámara web. INICIALES: _____
- Admito y acepto que Aurora Day Camp/ SunriseVX/ Sunrise Association contratará a otra plataforma tercera e independiente, como por ejemplo Zoom, para facilitar las sesiones de video y acepto que Aurora Day Camp/ Sunrise Association no lleva ninguna responsabilidad legal en cuanto a asuntos de transmisión con Zoom o con cualquier otro software de otra plataforma tercera. INICIALES: _____
- Animaré a mi(s) niño/a(s) a obedecer un comportamiento apropiado en línea como fue escrito y desarrollado en la manual para padres o sufrir el riesgo de perder sus privilegios de participación en el programa. INICIALES: _____
- Admito y acepto que puede que otros vean el ambiente dentro de mi casa durante sesiones en vivo. INICIALES: _____
- Admito y acepto que de vez en cuando, sesiones virtuales del programa de campamento se pueden grabar/filmar, y que puede que toda parte de dichas grabaciones/filmación/imágenes se puede emplear con el propósito que incluye, pero que no está limitado a: compartir con los niños y sus familias, el personal y/o posible personal; enseñar y entrenar, y/o mercadeo/captación de fondos. INICIALES: _____
- Por la 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 las demás familias de la comunidad de Aurora Day Camp. Sí No INICIALES: _____

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

Por mi firma de abajo, acepto firmar este formulario de autorización y de toda información incorporada adentro según mis iniciales de arriba.

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

Por favor envíe la solicitud firmada complete al dirección listada en la primera página.

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