



CAMP LEBANON

A MINISTRY OF AMERICAN BAPTIST CHURCHES OF NEW JERSEY

79 Blossom Hill Rd, Lebanon, NJ 08833

Phone: (908) 236-2638

Fax: (908) 236-0550

www.camplebanon.com dsmith@camplebanon.com



Mr. Donald E. Smith
Director of Baptist Camp Lebanon

Rev. Miriam Méndez
Executive Minister and Senior Regional Pastor

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2020

Favor de completar ambos lados de esta planilla de registraci3n. Se requiere la firma de padre/madre/guardi3n en ambos lados. El estado de NJ requiere informaci3n completa de seguro m3dico y salud.

Campamento No. L- 150 Semana Latina 2020 Desde: Julio 19, 2020 Hasta: Julio 25, 2020

Nombre completo del campista: _____

Direcci3n: _____ Hembra: _____

Var3n: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad en junio: _____ Grado completado en junio: _____

Nombre de padre/madre/guardi3n: _____

Tel3fono: _____ Celular: _____ Emergencia: _____

Email: _____

Iglesia: _____ Denominaci3n: _____

Direcci3n: _____

Nombre del Pastor

Firma del Pastor

CAMISETA

Joven: M _____ L _____

Adulto: S _____ M _____ L _____ XL _____ XXL _____

M3TODO DE PAGO

Tarjeta de Cr3dito

Nombre: _____

C3digo de 3 D3gitos: _____ Fecha de

N3mero de Tarjeta: _____ Caducidad: _____

Direcci3n de Tarjeta: _____

Firma: _____

Cheque # _____ Cantidad: _____

Efectivo

Costo del Retiro \$455.00

Beca de la Iglesia _____

Dep3sito—Padres: _____

Dep3sito—Iglesia: _____

Balance—Padres: _____

Balance—Iglesia: _____

CUPONES DE DESCUENTO APLICABLES (SOLO UN DESCUENTO)

Primera Visita (First Timer)—\$10 Madrugador (Early Bird, Pago Completo antes de mayo 1)—\$50

Hijo de Pastor (Pastor's Kids)—\$50 Nombre del Pastor: _____

Hijo de Consejero (*hable con Adela*) Nombre del Consejero: _____

Hermano (Sibling)—\$50 Nombre del Hermano(a) Campista: _____

M3ltiples Semanas (Multiple Weeks)—\$50 Sesiones Adicionales: _____

CANCELACI3N: En caso de ser necesario cancelar su registraci3n, favor de hacerlo por lo menos una semana antes del comienzo del campamento. Se le devolver3 su dep3sito menos \$100. En caso de cancelaci3n por motivo de enfermedad certificada por su doctor, se le devolver3 su dep3sito menos \$100.

2019 FORMULARIO DE SALUD—El estado de NJ requiere **información completa y firma** de padre/madre/guardián.

Nombre completo del campista: _____

Sesión de Campamento: L-150 Semana Latina 2020

¿Tiene el niño seguro médico? Sí No

Generalmente, ¿tiene buena salud y puede participar en actividades normales? Sí No

Si no, por favor entregue una declaración de salud indicando las limitaciones del niño.

Problemas (indique todos los que se aplican al niño)

<u> </u> Alergias ambientales (hayfever)	<u> </u> Abejas
<u> </u> Hiedra venenosa (poison ivy)	<u> </u> Penicilina
<u> </u> Desmayos	<u> </u> Asma
<u> </u> Convulsiones	<u> </u> Sulfa
_____	<u> </u> Otros

 Epilepsia (grado) **Alergias**

Si cualquiera de éstos es positivo, favor de entregar una declaración del tratamiento que el niño recibe. La medicina del niño debe traerse a la enfermera.

Toda vacuna es responsabilidad de la familia en consulta con su doctor o clínica. Por favor, indique la fecha más reciente de la vacuna del tétano. Indique donde apropiado las vacunas que el niño ha recibido.

TETANO (fecha necesaria) _____

	Recibido	Sí	No		Recibido	Sí	No
Serie D.P.T.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Segunda D.P.T.	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Serie de Polio	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Segunda de Polio	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Paperas	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	Rubeola	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
Sarampión	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Operación o herida grave (fechas) _____

Por favor, déjenos saber si su hijo ha sido expuesto a enfermedades contagiosas durante las tres (3) semanas antes del comienzo del retiro. Escriba una nota para la enfermera indicando cualquier posible problema físico, emocional, o psicológico. Esto ayudaría a la enfermera y los consejeros de su niño para proveer la mejor experiencia posible durante su semana en el campamento.

NOTAS PARA LA ENFERMERA

Indique aquí todas las medicinas y el horario que su niño debe tomarlas. Si necesita más espacio, use una hoja separada.

Doctor/Clínica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Al firmar esta planilla, certifico que la información provista es correcta y doy permiso: para el uso de fotografías de mi hijo(a) en materiales de publicidad del Campamento Lebanon; para que mi hijo(a) sea trasladado en vehículos del Campamento y aprobados para actividades fuera del Campamento; y para la divulgación de información médica en caso de emergencia. También doy autorización para que se le administre a mi hijo(a) medicamentos recetados por su doctor. Medicamentos sin receta serán administrados según las órdenes permanentes del campamento.

En caso de emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible por contactar a padre/madre/guardián según está anotado en esta planilla. En caso de que no me puedan localizar, doy permiso al doctor seleccionado por el director del campamento para hospitalizar, procurar tratamiento debido, ordenar inyecciones, anestesia, o cirugía según necesaria para mi hijo(a).

Entiendo que mi hijo(a) debe tener seguro médico para ser admitido en el programa del Campamento Lebanon.

FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIAN
X _____

Teléfonos durante la semana del retiro
Día: _____
Noche: _____
Nombre y dirección de la compañía de seguro médico

Póliza/Grupo # _____

USUARIO PRIMARIO
Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Relación con el campista: _____