

# CAMP MAGIK & CAMP ERIN

## Formulario de Registro

3377 Ridgewood Road, NW

Atlanta, Georgia 30327

Teléfono: 404.790.0140 Fax: 404.355.6631

Complete este formulario y la promesa (a continuación)

Nombre Completo del Campista (imprima por favor. También el nombre preferido del niño) \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Atenderá al retiro del fin de semana: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Atenderá al taller de adultos el domingo solamente: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Persona que falleció: \_\_\_\_\_ Fecha de la muerte: \_\_\_\_\_  
(relación al Campista)

Circunstancia de la muerte (sea por favor específico): \_\_\_\_\_

Fuente de la referencia: \_\_\_\_\_

La mayoría de las actividades en el campo ocurrirán al aire libre. El protector solar será proporcionado para los niños. Si su niño tiene algunas alergias o reacciones alérgicas, escríbalas por favor abajo:

Alergia: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

**Escriba por favor cualquier otra condición o información médica que consideré necesarias:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA: Toda la medicina se debe dar a la enfermera del campamento en la inscripción.**

**Toda la medicina debe estar en envases de la prescripción y marcada claramente con la información necesaria.**

**Doy el permiso para que mi niño atienda al Camp Magik y para que la enfermera del campo administre las medicinas y/o los primeros auxilios a mi niño. También doy permiso al médico seleccionado por el director del campo, en cooperación con la enfermera del campo, a proporcionar el tratamiento necesario para mi niño en caso de una emergencia.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Grabación y fotografía pueden ocurrir durante varias actividades del campamento y es posible que el material pueda ser usado en el futuro por Camp Magik para fines publicitarios. Por favor indique si desea o no que su hijo sea grabado, fotografiado, y/o entrevistado: Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Camp Site: Hampton April, 2010 \_\_\_ Acworth May, 2010 \_\_\_ Temple Oct, 2010 \_\_\_ Clarkesville Oct, 2010**

# La Promesa del Campista

Yo quiero ir al Camp MAGIK - para divertirme, conocer otros chicos que están pasando por mi situación, y para aprender más sobre mi pena.

---

(Firma del Campista/Fecha)

Yo prometo que cooperaré con los consejeros del campamento, respetaré los sentimientos y las pertenencias de los otros campistas, y obedeceré las reglas de Camp MAGIK.

---

(Firma del Campista/Fecha)

---

(Firma del Padre/Guardián/Fecha)