

SUMMER DAY CAMP 2024

Estamos emocionados de empezar los preparativos de nuestro campamento de Verano de Paramount Care Foundation! Son bienvenidos los niños entrando 1ro al 6to grado en Otoño. Los espacios son limitados!

Empezaremos a aceptar registraciones en Abril 22. Se debe dar un depósito de \$25 **no retornable** cuando traiga su registración, para apartar el lugar de su niño/a. Su depósito cuenta como parte de la primer semana de campamento.

El costo del campamento es:

\$90.00 por niño por semana si se inscribe UNA SEMANA ANTES.

\$100.00 por niño por semana, si se inscribe cualquier día después.

Todos los pagos NO son retornables.

El campamento de Verano sera de 9:00am-3pm, Lunes a Viernes, Junio 10 a Julio 26, 2024. Nos reuniremos en el Activity Center.

NO tendremos actividad la semana de Julio 1-5 y Julio 8-12.

No se deben de dejar a los niños antes de las 8:50am y se deben de recoger a las 3:00pm.

Julio 8 -Julio 12, tendremos la **Escuela Biblica de Vacaciones** de 9:00am-12:00pm completamente **Gratis**. Usted recibira una forma para registrar a su niño.

Las formas del campamento se deben de enviar a:

Paramount Care Foundation
Atencion: Mayte Hernandez
8303 Alondra Blvd.
Paramount CA 90723.

Si tiene alguna pregunta por favor llame a: Mayte Hernandez at 562-531-6820, o email: mayte.hernandez@erc.la

Registración del Campamento 2024

Todo; los pagos NO son retornables.

Marque uno	Semana	Costo	Deposito	Cantidad pagada
Semana 1	Junio 10- Junio 14	\$90.00		
Semana 2	Junio 17- Junio 21	\$90.00		
Semana 3	Junio 24- Junio 28	\$90.00		
VBS	Jul 8 – Jul 12	<i>NO</i>	<i>CAMPAMENTO</i>	VBS
Semana 4	Julio 15- Julio 19	\$90.00		
Semana 5	Jul 22- Julio 26	\$90.00		
	5 SEMANAS	\$450.00		

Total _____

Por favor llene esta porcion en su totalidad:

Nombre del niño/a _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado en el Otoño _____

Nombre de los Padres _____

Hermanos asistiendo _____

Dirección _____

Numero de Telefono _____

Email _____

**PARAMOUNT CARE
FOUNDATION**
Summer Day Camp
Medical Form

**Campamento
de Verano
2024**

Grado:

Nombre/Estudiante _____ Fecha de Nac _____
Dirección _____ Edad _____
Ciudad _____ Estado _____ Cod. _____
Tel. # (_____) _____ - _____ Sexo ____ Estatura _____ Peso _____
E-mail _____

Contacto de Emergencia:

Nombre del Padre/Guardian _____
Dirección (si diferente del estudiante) _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Tel #(Casa)(_____) _____ - _____ (Trabajo) (_____) _____ - _____
Cel # (_____) _____ - _____ E-mail _____

Contacto Alternativo" (Ponga a alguien cercano)

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Tel #(Casa)(_____) _____ - _____ (Trabajo) (_____) _____ - _____

Si tiene seguro médico, en caso de algún accidente mientras su niño este en la actividad, se le cobrara a su proveedor.

Tiene seguro médico? _____ Si _____ No

Nombre de la aseguradora _____

de Póliza _____ Grupo # _____

A nombre de quien está la aseguradora? _____

Doctor Familiar _____

Ciudad _____ # Tel (_____) _____ - _____

Si su niño requiere atención médica por lesiones recibidas o enfermedades contraídas antes de la actividad, por favor mándenlos la información necesaria para darle al estudiante el cuidado médico apropiado durante el tiempo que este en la actividad.

Historia Medica

Alguna condicion medica pre-existente o presente?: _____

Nombre y dosis de cualquier medicamento que se debe de tomar? _____

Alergias? _____

a Medicamentos? _____

_____ Hay fever ___ Condición del corazón ___ Diabetes ___ a Insectos

_____ Epilepsia/Desordenes Nerviosos ___ Asma ___ trastornos del estomago

_____ Incapacidad física ___ Alguna enfermedad grave en el último año _____

Si marco algo arriba, por favor de detalles (ejem: incluya el tratamiento normal a reacciones alérgicas) _____

Fecha de ultima vacuna del Tétanos _____ Lentes de contacto? _____

Algunas restricciones para nadar? _____ No _____ Si Cual? _____

Alguna restricción de actividades? _____ No _____ Si Cual? _____

Declaración de liberación de Responsabilidad

*Yo entiendo que si atención medica en necesaria, se hará lo posible por contactar a las personas en esta forma inmediateamente. Si no me pueden localizar en una emergencia durante las fechas de la actividad de esta forma, Yo doy mi permiso al doctor o dentista elegido por el líder de la actividad para hospitalizar, para asegurar tratamiento médico y/o ordenar inyecciones, anestesia, o cirugía para mi niño/a como sea necesario.

*Yo entiendo que todas las medidas de seguridad razonables se tomaran todo el tiempo por Paramount Care Foundation y Emmanuel Reformed Church, y sus agentes durante el evento y actividades. Yo entiendo la posibilidad de peligros imprevistos, y se dé la posibilidad de riesgos. Yo estoy de acuerdo en NO responsabilizar a Paramount Care Foundation o Emmanuel Reformed Church, sus líderes, empleados, y voluntarios por daños, pérdidas, enfermedades, o lesiones ocurridas al niño nombrado en esta forma.

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____

Doy permiso al programa de tomar y publicar fotos de mi hijo/a para uso de promocion.

_____ ***Iniciales***

Esta forma será efectiva de Junio 10, 2024 a Julio 26, 2024 al menos que sea revocada por escrito.