

MONTGOMERY COUNTY SHERIFF'S OFFICE

SHOW-N-TELL SUMMER CAMP

****Gratis***

(Campamento de Verano)

31 de julio de 2023 hasta el 4 de agosto de 2023

Campo está disponible para los niños que son residents del Condado de Montgomery, edades 9-11.
Una copia de su Acta de Nacimiento se debe incluir con esta solicitud. Se trata de un campamento de 24/7 horas.

Matrícula (Registration)

(Imprima Por Favor)

Nombre: _____
(Name) (Primera-First) (Segundo Nombre-Middle) (Apellido-Last)

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Tamaño de Camisa: C M G XG
(Sex) (Date of Birth) (Age) (Shirt Size)

Nombre de los Padres: _____ Número Teléfono: (____) _____
(Name of Parents) (Telephone Number)

Dirección de Correo Electrónico: _____ Dirección: _____
(Email Address) (Address)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
(City) (State) (Zip Code)

El Empleador del Madre o Padre: _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
(Parent Employer) (Work Telephone #)

Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
(Work Address) (City) (State) (Zip Code)

Asistencia al Día de los Padres, jueves 3 de agosto de 2023, 5:00 p.m.-7:00 p.m. Sí, asistiremos (máximo 2 personas, no se permite la asistencia de otros niños)

(Parent's Day Attendance, Thursday, August 3, 2023, 5:00pm-7:00pm Yes, we will attend (2 people maximum, no other kids are allowed to attend))

Nombre del campista (requerido) _____
(Camper's Name (required))

Nombre del padre #1 _____
(Parent #1 Name)

Nombre del padre #2 _____
(Parent #2 Name)

Actividades de Agua (Water Activities)

Certifico que mi niño (verifique sólo uno) ES no ES autorizado a tomar parte en las actividades de agua durante Exposición de Montgomery County Sheriff's Office.

Certifico que mi niño es un (marque sólo uno):

No Nadador Nadador de Principiante Avanzó a Nadador Vigilante de BSA
(Non Swimmer) (Beginner Swimmer) (Advanced Swimmer) (BSA Lifeguard)

La Renuncia de Reclamos

(Waiver of Claims)

En consideración a los beneficios para ser derivado de la participación en esta actividad, cualquier todos los reclamos contra el Montgomery County Sheriff's Office, sus oficiales, los agentes, u otros representantes de alguno de ellos, o cualquier otras personas que trabajan bajo su dirección o entraron en el conducto de sus asuntos, surgiendo fuera de cualquier accidente, de enfermedad, de la herida, del daño, o de otro a/o de pérdida o daño contraídos o sufridos por el solicitante denominado arriba o a su propiedad, con respecto a o casual a, el viaje o la actividad inclusive la instrucción de preliminar y viaje, están por la presente Expresamente renunciado por el solicitante y la familia del solicitante o guardianes. Yo por la presente aprobé y acepto que todos los términos y condiciones de esta aplicación y certifico a su exactitud.

Firma de Padre o Guardián
(Signature of Parent or Guardian)

Fecha
(Date)

Las Aplicaciones Debidas Por el 29 de abril de 2023

Por favor devuelva sus documentos completados a nuestra oficina, 100 South Lawrence Street, Montgomery, AL 36104
teléfono: 334.832.2515

MONTGOMERY COUNTY SHERIFF'S OFFICE
SHOW-N-TELL SUMMER CAMP

Historia Personal de Salud

(Personal Health History)

(Imprima Por Favor)

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
(Name) (Primera-First) (Apellido-Last) (Sex) (Date of Birth) (Age)

Nombre de los Padres: _____
(Name of Parents)

Número telefónico: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____
(Telephone Number) (Mobile) (Work)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(Home Address) (City) (State) (Zip Code)

ALERGIAS: Comida, La Medicina, Los Insectos, Las Plantas, Otro: () Sí () No
(ALLERGIES)

Si Contestó Sí, explica cuales son, por favor: _____
(If Yes, Explain)

Liste cualquier medicina para ser tomada mientras esta en el campamento:
(List any medications to be taken while at camp)

<u>Medicina</u>	<u>Cantidad de Dosis</u>	<u>Tiempo de Dosificación</u>

LA INFORMACION GENERAL DE SALUD: Tiene cualquiera de lo siguiente:
(GENERAL HEALTH INFORMATION)

Asma () Si () No
(Asthma)

Consulsiones () Si () No
(Convulsions/Seizures)

Hipertensión () Si () No
(High Blood Pressure)

Enfermedad Rinon () Si () No
(Kidney Disease)

Hemofilia () Si () No
(Hemophilia)

Diabetes () Si () No

Problemas de Corazón () Si () No
Heart Trouble

Otro: _____
(Other)

Liste alguna condición física que puede afectar o le puede limitar de tomar parte en la natación, hacer camping, el excursionismo distancias largos o jugar juegos físicos arduos:
(List any physical or behavioral conditions)

Liste cualquier equipo necesitado como silla de ruedas, frenos dentales, las gafas, lentes, lentes de contacto, etc.
(List any equipment needed such as wheelchair, braces, glasses, contact lenses, etc.)

Nombre del doctor: _____ Número telefónico: (____) _____
(Name of Personal Physician) (Telephone No.)

Nombre de Aseguranza de salud: _____ Número de Poliza: _____
(Insurance Carrier) (Policy No.)

Autorización de Padre o Guardián

(Parent/Guardian Authorization)

Esta historia de la salud es correcta según mi leal saber y entender y la persona denominada tiene mi permiso para entrar en todas las actividades prescritas, sino como notado arriba. En caso de enfermedad o accidente en el curso de tal actividad, yo solicito que medidas son tomadas sin tardar en cuanto al juicio del personal médico.

Firma de Padre o Guardián / (Signature of Parent/Guardian)

Fecha / (Date)

Nombre Impreso de Padre o Guardián / (Printed Name of Parent or Guardian)