2027 Kamp Kiwanis® Agencia/Directo Application Rápida En Línea

Please return to:
Kamp Kiwanis
9020 Kiwanis Road
Taberg, NY 13471
Tel: (315) 336-4568 Fax: (315) 336-3845
Kamp@Kampkiwanis.org www.Kampkiwanis.org

FOR OFFICE USE ONLY
Date Received _____
Date Entered _____
Date Completed _____
Health Center _____
SN Approved _____

Complete esta presolicitud rápida de una página y enviela a Kamp o devuélvala a su patrocinador de la agencia. DEBE tener un correo electrónico que funcione y revise. Kamp le enviará un enlace y un nombre de usuario una vez que recibamos esta aplicación rápida. La solicitud en línea no se puede iniciar sin esta hoja. Complete los demás y guárdelos para cargarlos en su solicitud en línea. Se requiere un depósito no reembolsable de $200 por sesión del club que paga antes de que se acepte la inscripción como completa.

Nombre de Camper _____/_____/_____
Apellido El Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____/_____/_____ **El Sexo:** _____ **Discapacidades?** S N
Mes Dia Año

Program para adolescents (15-17 y campista anterior)? S N

Silla de ruedas? S N **silla de ruedas electrica?** S N

Madre/Padre/Custodio #1

Nombre _____/_____/_____
Apellido El Primer Nombre Segundo Nombre

Email (Obligatorio) _____

Dirección de Envio _____ Apt#_____
Numero Calle

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación con campero _____

Últimos cuatro digitos de la seguro social #_XXX-XX-_____Nada___

Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular Casa_____

Lenguajes hablados_____

Club Patrocinador_____ Club de Pago_____

Contacto del Club:_____Teléfono:_____

Email:_____

Registro

Inscribir me en:	Programa	Fechas	Pago Para Campista	Tarifa de autobús	Conducir en	Parada de autobús (Solo Sesión 2): Escribe abajo
	Sesión 1	Domingo, 20 de Junio-Viernes, 25 de Junio	$1250	$400		
	Sesión 2	Domingo, 27 de Junio-Viernes, 2 de Julio	$1250	$400		

Acuerdo De Padres

Estas secciones deben leers y firmarse antes de que su kamper pueda ser aceptado en kamp.

Si mi kamper es aceptado, estoy de acuerdo:

- Permitir que mi kamper participe en todas las actividades, excepto aquellas médicamente prohibidas.
- Por la presente otorgo a Kamp Kiwanis y sus agentes plena autoridad para tomar las medidas que consideren necesarias con respecto a la salud y seguridad de mi kamper, y libero completamente a Kamp Kiwanis de cualquier responsabilidad en relación con esto.
- Enviar la medicación necesaria en frascos originales y en cantidad suficiente para la duración de la estancia del kamper en el kamp.
- Notify al Kamp de cualquier cambio en mi información de contacto (es docir, cambios en la dirección o numero de teléfono).
- Que el formulario de salud este completo y es correcto hasta donde yo sé.
- Instruir a mi kamper sobre la importancia de conocer y cumplir las normas, reglamento y procedimientos del kamp para la seguridad de los participantes del kamp.
- Para autorizar a las agencias de servicios sociales, escuelas, clínicas y/o profesionales médicos a divulgar información que el director de Kamp considere necesaria para planificar mejor mi kamper en kamp.
- Que existen ciertos riesgos y peligros inherentes a los eventos y programas del campamento y, en particular, pero no limitado a, las actividades de natación, piragüismo, caminatas, artes y manualidades, artes escénicas, ciclismo, pesca y deportes.
- Que Kamp Kiwanis tiene derecho a hacer cumplir los estándares de conducta apropriados y Kamp puede terminar la participación de mi kamper en el programa kamp si él/ella no mantiene estos estándares. Si se cancela la participación de mi kamper, recogeré y transportaré mi kamper a mi cargo.
- Que Kamp Kiwanis observará todas las precauciones razonables para cuidar y proteger a mi kamper. Al firmar esta solicitud, libero y eximo de responsabilidad a Kamp Kiwanis, NY District Kiwanis, NY District Circle K, NY District Key Club, Aktion Clubs, Builders Clubs, K-Kids Clubs, Kiwanis Clubs, Cicle K Clubs, Key Clubs, Kiwanis International, Kiwanis International Foundation, y NY District Kiwanis Foundation, Inc, sus directores, functionaries, empleados, agentes, miembros y representatntes de todos y cada uno de los daños a la propiedad personal, que pueden surgir de la asistencia de mi kamper a Kamp y de su participación en cualquier actividad mientras asiste a Kamp y/o eventos patrocinados por Kamp.

Doy mi permiso:

- Para que Kamp Kiwanis tome y use fotografias y videos de mi kamper en kamp en folletos, sitios web, panfletos, videos, presentaciones de diapositivas y otras presentaciones escritas o en los medios.

Opcional: tacha esta párrafo si no das permiso

Entiendo:

- Si mi kamper llega al kamp sin la medicación necesaria en los envases originales, lo llevaré al Kamp inmediatamente.
- Que mi kamper debe cumplir con las reglas y normas de comportamiento del Kamp.
- Si mi kamper necesita regresar a casa por cualquier motive, acepto proporcionar transporte tan pronto como sea necesario.
- Estare disponible por teléfono durante la estadía de mi kamper en kamp y mantendré informado a kamp sobre dónde se me puede localizer en caso de una emergencia.
- Acepto que mi kamper no podrá asistir al kamp hasta que se complete todo el papeleo necesario y todas las tarifas y deudas del kamp se paguen en su totalidad o hasta que se hagan otros arreglos.
- Que Kamp Kiwanis proporciona un centro de salud y los medicamentos de venta libre abastecidos sin cargo. Todas las facturas por atención medicá, atención dental, visitas al hospital o al médico, pruebas de laboratorio, radiografias y medicamentos recetados se enviarán directamente a la familia para que las envíe a su plan de Seguro. Kamp le cobrará a la familia cualquier medicamento ordenado por el médico de familia que no tengamos en existencia.

Nombre de Camper: _____ **Firma del Camper:** _____

Firma de Padres: _____ **Fecha:** _____

Permiso Para Tratar

Este historial de salud es correcto y refleja con precisión el estado de salud del kamper al que pertenece. La persona descrita tiene permiso para participar en todas las actividades de Kamp, except que yo o un médico examinador lo indiquemos. Por la presente doy permiso al Kamp para proporcionar, buscar y dar mi consentimiento par la atención médica de rutina, la administración de medicamentos recetados y de venta libre y el tratamiento de emergencia para mi kamper, ségun sea necesario, incluidos, entre otros, los siguientes: rayos exámenes y tratamientos de rutina, y/u hospitalización relacionados con la salud del kamper tanto par atención médica de rutina como en situaciones de emergencia. También doy permiso para que mi kamper y/o personal lleven y apliquen protector solar en mi kamper. También doy permiso para que el Campamento organize el transporte relacionado. Acepto la divulgación de todos los registros necesarios para fines de tratmiento, derivación, facturación o seguro. Es mi intención que el Kamp sea tratado como actuando in loco parentis si la persona aquí nombrada es menor de edad. Además, tengo la intención de que los representatntes apropiados de Kamp sean tratados como "representates personales" a lost fines de divulgar información de salud protegida de conformidad con las normas de privacidad prmulgadas de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996. Por la presente, aceptar (de conformidad con 45 CFR § 164.510 (b)) la divulgación a los representates de Kamp de la información de salud protegida de la persona aquí descrita, según sea necesario: (i) para proporcionar información relevante a los representates de Kamp relacionada con la capacidad de la persona para participar en las actividades de Kamp; y (ii) en el caso de menores de edad, proporcionar información relevante a los representantes de Kamp para mantenerme informado sobre el estado de salud de me kamper. En caso de que no se me pueda localizer en una emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Campamento para asegurar y administrar el tratmiento y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para este campista, incluida la hospitilización, para el persona nombrada arriba. Entiendo que la información en este formulario se compartirá según la "necesidad de saber" con el personal de Kamp. Doy permiso para fotocopiar este formulario. Además, el Kamp tiene permiso para obtener una copia del expediente médico.

Firma de Padres: _____ **Fecha:** _____

Los requisites de aceptación y participación para el programa y todas las actividades son los mismos para todos, independientemente de la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad o lac discapacidad, y no habrá discriminación durante el servicio de comidas.

Transportación

Agency	Stop	Week
BFDC	Edificio Administrativo, BFDC Queens Village	Adulto II
Finger Lakes DDSO	Conducir	Adulto II
Newburgh	Tome la salida 17 de la autopista por la Ruta 17 y la intersección de la Ruta 300	Adulto II
NY Foundling	Yonkers Burger King, Ruta 87, Salida 3	Adulto II
UCP Suffolk	Tome la salida 49 de la Ruta 495, estacione y viaje entre la Ruta 110 y Pinelawn Road	Adulto II