



CAMPAMENTO LA QUEMADA

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Información del Campero

NOMBRE COMPLETO : _____ FECHA DE NAC.: _____
CELULAR : _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
NOMBRE DE LA IGLESIA O INSTITUCIÓN: _____
FECHA DE ASISTENCIA AL CAMPAMENTO. DEL DÍA: _____ AL DÍA : _____ MES: _____ AÑO: _____
NOMBRE DE PASTOR O LÍDER ENCARGADO DEL GRUPO : _____

Información del Padre o Tutor

NOMBRE: _____ CELULAR: _____
EN CASO DE NO PODER SER LOCALIZADO EN ALGUNA EMERGENCIA, FAVOR DE AVISAR A: _____
PARENTESCO: _____ CELULAR: _____

Información de Seguridad y Salud del Campero

Favor de indicar si padece de alguna enfermedad, discapacidad o alguna condición psicológica de la que debamos estar enterados:

Favor de indicar si padece de algún tipo de alergia (asma, comida, penicilina, medicamentos, picaduras de animales, plantas, etc.)

La alergia es lo suficientemente fuerte como para que no participe en las actividades en el campo o al aire libre? _____

Favor de indicar su tipo de sangre: _____. Se encuentra bajo algún medicamento o tratamiento? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, explicar:

Sufre de Terrores nocturnos? _____ Es sonámbulo? _____

Toda actividad dentro del campamento podría resultar en lesiones físicas. Sin embargo el excelente record de seguridad de Campamento La Quemada muestra que cuidamos profundamente de su campero y que planeamos nuestros programas para que sean tan seguros como sea posible. En caso de emergencia, lo indicado en esta forma será nuestra fuente de información. Por favor tómese el tiempo para llenarla correctamente. Es nuestra política informar a los padres de cualquier campero que resulte lesionado o enfermo.

Información de Seguro:

Indique el tipo de seguro del campero : _____ Número de póliza: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Compañía aseguradora: _____
Teléfono de emergencia: _____

PORFAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE RESPONSIVA

He leído y comprendido el contenido de esta forma y la he llenado verazmente y reportare cualquier información que pueda cambiar. De esta manera estoy de acuerdo en participar o que mi hijo(a) participe en todas las actividades del campamento. Comprendo que en el caso de accidente o enfermedad durante el campamento o participando en las actividades, asistencia médica podría requerirse. Doy permiso para que el personal médico seleccionado por la Dirección de Campamento La Quemada realice los procedimientos que sean necesarios como Rayos X, exámenes rutinarios, tratamiento, hospitalización y transportación. Inclusive estoy de acuerdo en cubrir los costos de todas estas eventualidades. También estoy de acuerdo en librar de cualquier acción legal que pueda ocurrir en contra de cualquier miembro del personal de Campamento La Quemada, por la participación mía o de mi hijo(a) en este campamento.

Nombre y Firma de Padre o Tutor que autoriza: _____ Fecha: _____

campalaquemada@gmail.com

Tel.: (428) 185 4011