



Iglesias Bautista Hispano-Americana del Norte de California

Youth Camp 2016- June 10, 11, and 12

Daybreak Christian Camp

6676 Rose Acres Lane Felton, Ca 95081

Male Female

(Circle one)

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Telephone #: _____

E-mail: _____

Local Church/Iglesia: _____

Camp Cost/Costo: \$115* (per person), After **May 22 cost is \$120;**
después del 22 de Mayo costo será de \$120

Includes lodging, 2 nights and 5 meals/ *Incluye alojamiento, (2 noches) y 5 comidas*

- **Reservation payment is Non-Refundable/Reservación **NO** es reembolsable**
- The cost to reserve a cabin is/ *Reservación: \$50 (Non-Refundable)*
- **In case you can't attend, registration CAN be transferred to another person.**
Si por algún motivo no puede asistir, su registraci3n puede ser transferida a otra persona.

Send registration form and check payable to: (keep a copy for your records)

Mande forma de registro con un cheque a:

Iglesia Bautistas Hispano-Americanas del Norte de California

Send to/Mandar a:

Cris Sánchez

P.O. Box 40824 San Francisco, CA 94140

For more information contact:

Elías Soto: 415-283-8490 or Fernando Pedroza: 650-960-6312

OFFICE USE ONLY

Received: _____

Paid: _____

Check #: _____

Balance due: _____



PERMISO PARA ASISTIR CAMPAMENTO DE JOVENES 2016

Yo _____ doy consentimiento que mi hijo/a participe
(Nombre del padre/guardián)

Entiendo que una adecuada y apropiada supervisión será administrada. Reconozco que situaciones no anticipadas y problemas podrían surgir, tal vez no puedan ser controladas por los líderes del campamento o ayudantes. Acuerdo de librar a la Iglesia Bautistas Hispano-Americana del Norte de California, sus líderes, y ayudantes de cualquier y **toda** responsabilidad, demandas, costo, y gastos que podrían surgir de tales actividades, incluyendo cualquier accidente o daño al adolescente y el costo de atención medica. En caso de una emergencia urgente que requiera atención médica, yo le doy permiso a los líderes del campamento atender a mi hijo/a.

Si el daño necesita mayor atención, yo espero que se haga todo lo posible para contactarme antes que cualquier decisión sea tomada. Si por alguna razón no fuera posible contactarnos, doy permiso para que la atención médica necesaria sea administrada. Además, yo doy permiso a los líderes de llevar a mi hijo/a al doctor, dentista u hospital si un accidente o un daño serio ocurrieran en el campamento y nosotros no pudiéramos ser contactados.

En el evento de que mi hijo/a deba regresar por razones de salud, accidente o por no seguir las reglas establecidas por el campamento, acordamos en aceptar responsabilidad total y pagar el costo de atención medica, transporte u otros gastos necesarios.

Firma del Padre/guardián

Fecha



Favor de Completar

Nombre de padre(s)/ Guardián: _____

Número Telefónico: _____

Contacto de Emergencia: _____

Número Telefónico: _____

Medico/Aseguransa: _____

Número de Póliza: _____

Número Telefónico: _____

Condición Médica Crítica/ Alergias/Condición: _____

Yo reconozco que Yo he leído cuidadosamente este documento y entiendo la información. Yo estoy de acuerdo con los términos y estoy de acuerdo que mi hijo/a participe en este evento.

Fecha

Firma