**Niño**

Primera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ media \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_último \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: \_\_ Hombre Female\_\_

Escuela Nsoye \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_\_\_ Birth date \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ de (como de junio 30, 2011) \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ niño teléfono residencial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Padres - información de contacto**

***Padre/protectorun #1***

First\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Last\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono trabajo teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Padre/protectorun #2***

First\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Last\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de ciudad \_\_\_ estado \_\_\_ \_\_\_ código postal teléfono residencial \_\_\_ día \_\_\_\_

Cell phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child lives with: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable de pago \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emergencia contacto información: comunicado de recolección alternativo**

***Emergencias de contacto #1***

Primer nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabajo pasado teléfono \_\_\_

Celular teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Emergencias de contacto #2***

Primer nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular teléfono \_\_\_ \_\_\_ Email relación a niño \_\_\_

**Por favor una lista de las personas incluyendo además de los padres o tutores que están autorizados a recoger a su hijo**:

1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información médica**

Seguros información Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Name la política de seguro de salud Provider\_\_\_

Primary Physician\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital Preference\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor una lista de cualquier problema médico, incluyendo cualquier que requiera mantenimiento medication (es decir, diabética, Asthm, convulsiones).

Problema médico Requirió el tratamiento debe paramédico por llamada?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yes/No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yes/No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yes/No

¿Está su hijo actualmente siendo tratado por una lesión o enfermedad, o tomando cualquier tipo de medicamento por alguna razón?

Sí\_\_ No\_\_ si sí, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es su hijo alérgico a algún tipo de alimento o medicamento?

Sí\_\_ No\_\_ si sí, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su niño requiere una dieta especial?

Sí\_\_ No\_\_ si sí, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El propósito de la información de la lista anterior es garantizar que el personal médico con los detalles de cualquier problema médico que pueden interferir con o alterar tratarment.

 **En caso de contacto en médicos emergency:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Nombre | Número de teléfono | Relación con el niño |
| Contacto #1 |   |   |   |
| Contacto #2 |   |   |   |
| Contacto #3 |   |   |   |

Entiendo que será notificado en el caso de una emergencia médica con mi hijo. En caso de que yo no puedo llegar, yo autorizo a la vocación de un médico y la prestación de los servicios médicos necesarios en el evento mi hijo se lesiona o se enferma.

Padres / tutores iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que proyecto un amor Inc. o el campamento del proyecto One Love no será responsable por los gastos médicos incurridos, pero que tales gastos serán mi responsabilidad como padre o tutor. Padres / tutores iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_

Cuota de inscripción - $10 para presentación de cubierta y camisetas de campo.

 Por favor circle cómo le oído sobre el Proyecto de un campamento de verano de amor Inc..

Después de la escuela programa Website palabra de School\_\_\_ de boca Otra\_\_\_\_\_\_ Flyer/cartel

 Términos de gre mente

 Lanzamiento de la foto

Yo doy permiso a mi hijo ser fotografiados durante el **campamento**del **Proyecto un verano de amor** . Entiendo que las fotos se utilizarán para llevar un diario de actividades, para compartir durante las presentaciones en power point o informes a nuestros donantes y para fines promocionales, incluyendo volantes, folletos, periódicos y en internet. Entiendo que aunque la fotografía de mi hijo puede utilizarse para la publicidad, su identidad no será revelada, no hay que esperar remuneración y que todas las fotos son propiedad de proyecto un amor Inc. y sus filiales.

Padres / tutores iniciales \_\_\_\_\_

**Liberación del transporte**

Yo doy permiso para el transporte de mi hijo para el **Proyecto un amor Inc. verano Campamento** las actividades oficiales por medios de transporte acordaron por los organizadores del campamento.

Padres / tutores iniciales \_\_\_\_\_

Proyecto One Love Inc. y sus organizadores no son responsables por perdida o damedad propiedad personal. Todos los eventos programados están sujetos a cha e.ng entiendo que no hay cargos se devolverá o transferidos a menos que un niño es incapaz de participar debido a un accidente o enfermedadness por órdenes del médico. De los niños ' fotos unnd quotes may ser usada para fines de publicidad. En caso de emergencia, y si no se llega a un médico de familia, suepor unaloze mi chld a tratar mediante certificado Emergency personal (es decir,. EMT, First Responder y Physicun).

Guarda Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Impreso el nombre del padre/guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Original**

To look at your student pictures and to find out how you can support our team follow us on facebook!