



# REGISTRACIÓN DE CAMPAMENTOS 2016 COPLEY-PRICE FAMILY YMCA

**Primavera/Intersesión/Un Día de Diversión**

**Por favor completar esta registración para cada persona**

Telefono: 619-280-9622 Fax: 619-283-7586

ID #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código de postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

## Todos los campamentos estan localizados en Copley-Price Family YMCA

PROGRAMA	DIAS	CAMPAMENTO	EDAD/SELECCION
<input type="checkbox"/> Campamento de Primavera	Marzo 28 - Abril 1, 2016	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intersesión	Abril 4-8, 2016	Intersesión	<input type="checkbox"/> Edades 5-6 <input type="checkbox"/> Edades 7-12
<input type="checkbox"/> Intersesión	Abril 11-15, 2016	Intersesión	<input type="checkbox"/> Edades 5-6 <input type="checkbox"/> Edades 7-12
<input type="checkbox"/> Día de Diversión	Abril 18, 2016	Día de Diversión	<input type="checkbox"/> Edades 5-6 <input type="checkbox"/> Edades 7-12

### MÉTODO DE PAGO:

Cheque incluido  Visa  MC  Discover  American Express

Tarjeta de credito #: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Yo he leído las pólizas del YMCA en la cual se refiere a cupones, transferencias, cancelaciones y reembolsos.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# YMCA INSCRIPCIÓN PARA CAMPAMENTO

COPLEY-PRICE FAMILY YMCA  
4300 EL CAJON BLVD.  
SAN DIEGO, CA 92105  
COPLEYPRICE.YMCA.ORG  
619-280-9622

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL MENOR

Nombre del Menor				
Fecha de Nacimiento / /	Escuela	Grado	Edad	GENERO: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Domicilio		Correo Electrónico		
Ciudad/Estado/Código Postal		Teléfono de Casa		
Padre/Guardia Legal		Teléfono Celular		
Lugar de Trabajo		Teléfono de Trabajo		
Padre/Guardia Legal		Teléfono Celular		
Lugar de Trabajo		Teléfono de Trabajo		
Menor en custodia de : <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardia Legal <input type="checkbox"/> Otro _____				
El menor vive con: <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardia Legal <input type="checkbox"/> Otro _____				

## AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL MENOR/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Personas adicionales autorizadas a recoger al menor de las instalaciones:

Nombre	Relación	Teléfono	Recoger Si/No	Emergencia Si/No
1.				
2.				
3.				

## PERSONAS NO AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR

1.
2.

## HISTORIAL DE SALUD

¿Está el menor bajo algún medicamento actualmente?  SI  NO

Los medicamentos que necesiten administrarse durante el campamento requieren una FORMA DE ADMINISTRACIÓN MEDICA completa

Escriba las condiciones que requieran una atención especial, arreglos o restricciones mientras el menor esté en el campamento:

Escriba tratamientos médicos pasados que pudieran afectar la participación del menor en el campamento:

Escriba las actividades de las cuales el menor debe de ser excluido por razones de salud:

¿ LAS VACUNAS DE SU HIJO ESTAN ACTUALES A LA FECHA? La Ley del Estado de California de Vacunas en Escuelas pide reforzar las vacunas necesarias.	SI SE EXENTA, POR FAVOR PRESENTE UNA COPIA DE LA EXENCIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANOTE LA FECHA DE LA ULTIMA DOSIS DEL TÉTANOS / /
---	---	---	--

ALERGIAS/RESTRICCIONES ALIMENTICIAS (marque todas las que apliquen)			CONDICIONES QUE REQUIERAN CONSIDERACIÓN (marque todas las que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Picadura de Insecto	<input type="checkbox"/> Alergia al Polen	<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> ADHD (Síndrome del Déficit de Atención)	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desordenes de Sangrado
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL MENOR**

Nombre de la Compañía de Seguro Medico
Número de Póliza
Nombre del Doctor Familiar
Teléfono
Nombre del Dentista/Ortodontista
Teléfono

<b>MIEMBRO/PARTICIPANTE GRUPO ÉTNICO</b>				((Opcional): Esta es información voluntaria será utilizada con propósitos estadísticos con fin de que nuestra YMCA brinde servicio de calidad a los miembros de nuestra comunidad			
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>	Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino
<input type="checkbox"/>	Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/>	Blanco o Caucásico	<input type="checkbox"/>	Dos o Más Razas	<input type="checkbox"/>	Otro _____
<b>PRIMER IDIOMA</b>							
<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Otro _____		

**CONVENIO DE LA YMCA DE EXONERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN PARA MENORES DE EDAD**

Nombre del (de los) Menor(es) \_\_\_\_\_

El/La suscrito padre/madre/persona con custodia legal/tutela del menor arriba mencionado, doy mi autorización para que el menor participe en todos los programas de la YMCA. El menor está físicamente apto y mentalmente preparado para participar en todas las actividades según se describen en el anuncio del programa.

Como contraprestación para que a dicho menor se le permita la entrada a cualquier sucursal de la YMCA en el Condado de San Diego ("YMCA") a observar, usar las instalaciones y/o el equipo, o que dicho menor de edad participe en cualquier programa, yo, por mi propio derecho (como padre/madre, tutor, entrenador, ayudante, espectador o participante) por el presente:

1. Confirmando que (i) he leído este documento, (ii) he inspeccionado las instalaciones y el equipo de la YMCA, (iii) los acepto como seguros y razonablemente aptos para los propósitos previstos y (iv) en forma voluntaria firmo este documento.

2. Excepto por la negligencia grave o conducta dolosa por parte de la YMCA, Yo exonero a la YMCA, a sus directores, funcionarios, empleados y voluntarios (conjuntamente las "Partes Exoneradas") de toda responsabilidad hacia mí o hacia el menor arriba mencionado, por cualquier pérdida o daño a la propiedad o lesión o muerte de la persona, ya sea que dicho daño o lesión resulte de condiciones que surjan de las instalaciones de la YMCA o que surjan o que estén relacionadas con los programas o actividades de la YMCA. YMCA no será responsable de ningún daño que surja por cualquier acto o negligencia de algún otro miembro, ocupante o usuario de las instalaciones de la YMCA o participante en los programas o actividades de la YMCA. Quedo de acuerdo que dicho menor asume toda responsabilidad, y riesgo de, lesión corporal, muerte o daño a la propiedad, excepto por aquellos causados o debido a la negligencia grave o conducta dolosa de la YMCA.

3. Me comprometo a no demandar a las Partes Exoneradas por pérdidas, daños, lesiones o muerte descrita arriba y excepto por la negligencia grave o conducta dolosa por parte de la YMCA, indemnizaré, protegeré, defenderé y eximiré de responsabilidad a la YMCA y a sus Partes Exoneradas de y contra cualquier y toda reclamación y/o daño, gravamen, sentencia, multa, honorarios de abogados y consultores, gastos y/o deudas que surjan de, referentes a o en relación con mi membresía en la YMCA, con el uso de las instalaciones de la YMCA y/o con la participación en los programas de la YMCA de mi parte, del mencionado menor o de cualquier otra persona. En caso de presentarse alguna acción o proceso legal en contra de la YMCA debido a cualquiera de los asuntos anteriores, previo aviso y a mi costa, defenderé dicha acción o proceso mediante abogado razonablemente satisfactorio para la YMCA, y la YMCA cooperará conmigo en dicha defensa. No será necesario que la YMCA haya pagado primero la reclamación para poder ser defendida o indemnizada.

4. Por el presente autorizo a la YMCA como representante del suscrito, para otorgar consentimiento en relación al referido menor, para la toma de radiografías, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, dental, o quirúrgico, y atención hospitalaria que se considere recomendable por y que deba ser proporcionada bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico y cirujano con licencia conforme a las disposiciones de la Ley de Prácticas Médicas de California que formen parte del personal médico de cualquier hospital, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea proporcionado en la oficina del médico o en el hospital. Entiendo que la YMCA no será responsable de los costos incurridos por la atención médica.

Mi intención es que este documento sea lo más amplio e integrador posible según lo permitan las leyes del Estado de California; si alguna parte se declara nula, convengo en que el resto continuará vigente y aplicable.

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**RENUNCIA / CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi permiso a la YMCA del Condado de San Diego (YMCA) para que usen mi foto o cualquier otro parecido, o cualquier foto o parecido que haya con mis hijos, específicamente, \_\_\_\_\_, en la publicidad general y materiales de campaña de la YMCA.

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_