

**HOJA DE INSCRIPCIÓN  
CAMPAMENTO DE VERANO**

Favor de marcar:  
**Empleado UPR:** \_\_\_\_\_  
**Propuesta:** \_\_\_\_\_  
**Privado:** \_\_\_\_\_

**Certificado Medico** \_\_\_\_  
 Vacunas \_\_\_\_\_  
 Reglamento firmado \_\_\_\_\_  
 Permiso Excursiones \_\_\_\_\_  
 Claves Familiares \_\_\_\_\_

Tamaño de camisa \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ Tel. Res. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Tel. emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección **completa** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

En caso de necesitar hablarnos y no conseguirmos contactar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el menor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Persona(s) **autorizada(s)** a recoger a tu hijo/a y parentesco (incluya padres o encargados autorizados):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique una Clave para reconocer a quien autoriza a recoger a su hijo, en caso de surgir un imprevisto:

\_\_\_\_\_

**Certifico que mi hijo (a) está apto para llevar a cabo las actividades del programa de campamento y que no padece de condición alguna que restrinja su participación en el mismo. Certifico que toda la información provista es cierta y correcta. Autorizo a los oficiales a verificar la misma y en caso de no ser cierta, autorizo a dar de baja al solicitante, sin derecho a reembolso.**

_____ <b>Nombre y Apellidos</b>	_____ <b>Fecha</b>	_____ <b>Firma</b>
------------------------------------	-----------------------	-----------------------

Favor de proveernos información acerca del Plan Medico del menor

**\*Fotocopiar tarjeta**

Plan Médico \_\_\_\_\_ Asegurado principal \_\_\_\_\_

Relación con el menor \_\_\_\_\_ # de  
contrato \_\_\_\_\_

# de grupo \_\_\_\_\_ fecha de inicio \_\_\_\_\_ expiración \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO MEDICO CAMPAMENTO GALLITOS Y JEREZANAS

Yo \_\_\_\_\_ examiné a \_\_\_\_\_  
Nombre del médico Nombre del participante

Presión Sanguínea \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Es mi opinión que el antes mencionado participante  **Está apto**  **NO está apto**

para participar de forma activa en los programas del campamento de verano.

El participante esta bajo cuidado médico para las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los tratamientos al momento de este examen son:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES AL CAMPAMENTO

Tratamientos a continuar durante el campamento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Restricciones dietéticas o alimentos por prescripción médica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias conocidas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción de cualquier limitación o restricción a actividades del campamento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cualquier otra información que sea pertinente para el personal de salud del campamento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_ **Núm. Licencia:** \_\_\_\_\_

**Nombre letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tel:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nota: favor de adherir una tarjeta del médico con la información

Favor de indicar los médicos que atienden a tu hijo (a):

Pediatra \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Dermatólogo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Neurólogo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Psicólogo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

---

---

## Autorización de los Padres o Tutores del Menor

1. Autorizo al campamento Gallitos y jerezanas a:

- que mi hijo/a utilice la transportación suministrada, ya sea a excursiones, hospital, médicos, o todo lo relacionado con cualquier actividad del campamento
- que en caso de ocurrir algún accidente mientras esté bajo la tutela del campamento, someta a mi hijo(a) a los servicios médicos de emergencia que fueren pertinentes y si se creyere necesario sea transportado al Centro Médico más cercano
- revelar cualquier información suministrada en este formulario que sea necesaria para tratamiento, referido, cobro o propósito del seguro

2. Entiendo que:

- Si mi hijo (a) requiere asistencia médica mi aseguradora personal será considerada como plan primario y como secundario el seguro del campamento.
- De ocurrir una emergencia, el director o su representante autorizado, viene obligado a comunicarme a la brevedad posible, lo ocurrido y la acción tomada.
- De tener mi hijo/a una condición o impedimento **es mandatario** una entrevista con el director de Campamento **antes de que el chico (a) se registre para asistir al campamento.**
- El campamento tiene la potestad de determinar los términos y condiciones en las cuales mi hijo/a asistirá al campamento y la manera en que puede beneficiarse.
- El campamento se reserva el derecho de dar por finalizada la participación de mi hijo/a de no adaptarse a las normas, actividades o que su comportamiento sea perjudicial para sus compañeros.
- Solamente las personas autorizadas por mí podrán recoger a mi hijo/a.
- La omisión de alguna información en el historial de salud con relación a algún impedimento o condición que tenga mi hijo/a releva de toda responsabilidad al Campamento
- **Mi hijo tiene que estar acompañado diariamente por una adulto autorizado que firme su entrada y salida del campamento.**

**Con mi firma doy fe de que he leído y aceptado lo expresado en el documento. Certifico que mi hijo (a) está apto para llevar a cabo las actividades del programa de campamento y que no padece de condición alguna que restrinja su participación en el mismo. Certifico que toda la información provista es cierta y correcta. Autorizo a los oficiales a verificar la misma y en caso de no ser cierta, autorizo a dar de baja al solicitante, sin derecho a reembolso.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
nombre del participante

\_\_\_\_\_  
edad

\_\_\_\_\_  
sbr/2008