



FOTO 2X2

CAMP MABÓ _____ **SOUND OF MUSIC** _____

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

APODO _____ M _____ F _____

Dirección Residencial _____

Zip Code _____

Dirección Postal (si es diferente) _____

Teléfono _____ Cel. _____ E-mail _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

NOMBRE DEL PADRE _____

Profesión del padre _____ Teléfono _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

Profesión de la madre _____ Teléfono _____

Si la persona responsable de la matrícula es otra, es otra, indique el nombre, relación y teléfono.

En caso de EMERGENCIA nos comunicaremos con: _____

Teléfonos _____ Cel. _____ E-mail _____

Escuela a que asiste _____

Grado que comienza próximo curso _____ Supo del campamento por: _____

Campamentos anteriores que ha asistido _____

¿Tiene alguna alergia o limitación? _____

¿Toma medicamentos? Sí _____ No _____ ¿Cuáles? _____

¿Asistirá a cursillo de verano? _____

Nombre hermanos/as en campamento _____

¿Participa menos de 4 Semanas? Fecha que comienza _____ Fecha que termina _____

¿Quiere estar con algún amigo/a? _____

Obsrvaciones _____

Mi hijo es: Turquesa 3-4 años _____ Rojo 5-7 años _____ Amarillo 8-10 años _____ Azul 11-13 años _____

Deseo cuido extendido, entiendo que tiene costo adicional. Sí _____ No _____

Campers de 5 años en adelante deben presentar evidencia de las vacunas del Covid-19 para participar en campamento.

PARA USO DE LA OFICINA

PAGO \$ _____

CUOTA \$ _____

RECIBO # _____

NUM. CAMPER _____

COMPROMISO DEL PADRE O TUTOR

Por la presente autorizo a que matriculen al niño(a) cuyos datos e información personal aparecen al dorso. Acepto que la duración y el costo del campamento es el que se ha publicado para el presente año. La matrícula **NO SERÁ DEVUELTA** por enfermedad o si el acampante, por su propia voluntad o la de la persona responsable de esta matrícula, o la de cualquier persona ajena a la dirección de este campamento, deja de asistir al mismo antes de su terminación. Me ha sido explicado y he aceptado que una conducta impropia o ingobernable del niño/a o padre/madre/tutor resultará en la separación del campamento, **SIN REEMBOLSO DE MATRÍCULA**.

El campamento realizará todos los esfuerzos para ofrecer los 19 días de servicios, aunque existan días de cancelación entre medio. En la eventualidad de que el campamento se vea forzado a interrumpir sus operaciones por razones de cierre por orden del gobierno, por razones dirigidas a proteger la salud o por fuerza mayor, la administración reembolsará a sus clientes la cuota pagada según la siguiente fórmula: se prorrateará la cuota pagada por los días no ofrecidos (“Cuota No Utilizada”). **El campamento retendrá el 25% de la “Cuota No Utilizada”** para cubrir sus gastos administrativos. Se consideran gastos administrativos la nómina dirigida al adiestramiento de consejeros, así como otros gastos relacionados al comienzo del campamento y la preparación del campus, entre otros. De ser necesario, por exigencias de alguna entidad gubernamental o como parte del protocolo del campamento, se exigirá prueba del COVID-19, certificada de un laboratorio a ser costeadada por los padres. En caso de necesidad, y a discreción de la administración los niños usarán mascarillas en las áreas que se entienda necesario.

Entiendo que el campamento se reserva el derecho de usar fotos y videos del campero en las redes sociales, billboards, periódicos, televisión, etc. para fines publicitarios o editoriales.

Por la presente autorizo al director del campamento, o a su representante autorizado, para que, en el caso de accidente, mientras esté bajo la tutela del campamento, someta a mi hijo/a _____ a los servicios de emergencia que fuere pertinente y si lo creyere necesario, sea transportado al centro médico más cercano. El director del campamento o su representante autorizado viene obligado a comunicarme a la mayor brevedad posible, lo ocurrido y la acción tomada.

Autorizo a la enfermera del campamento que administre los medicamentos con receta médica, que el padre, madre o encargado le suplan. También autorizo a la enfermera a suministrar medicamentos sin receta médica a mi hijo/a. Si no desea que su hijo/a reciba este tipo de medicamentos, deberá informarlo por escrito a la enfermera directamente. Consiento que, como medida de salud, su cabello será inspeccionado para prevenir una epidemia de pedículos (piojos).

Autorizo a mi hijo/a a participar en todas aquellas actividades y excursiones que aparecen publicados en nuestra página web, medios oficiales y en el programa de actividades semanal que el campamento ofrece dentro y fuera de sus predios.

Entiendo que la dirección del campamento tomará todas las medidas de protección y seguridad para asegurar el bienestar de mi hijo/a. El campamento queda por nuestro parte exonerado de cualquier accidente en que pueda incurrir mi hijo/a o tutelado y no estará sujeta a reclamación por parte nuestra de daños y perjuicios.

Firma del Padre/Madre o Persona Responsable

Fecha