

Verano: JCYS Lillian L. Lutz Recreation Center • 1195 Half Day Road, Highland Park, IL 60035 • 847-432-6355
Invierno: JCYS Lutz Family Center • 800 Clavey Road, Highland Park, IL 60035 • (p) 847-433-6001 x103 (f) 847-433-6003
micky.baer@jcys.org www.jcys.org



2019 JCYS REGISTRO DE CHAMP CAMP

Por favor de completar un formulario por hijo/a

Nombre del niño/a: _____ M/F: _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono _____
¿En qué grado estará su hijo/a en el otoño? _____ Escuela: _____
Padre/Tutor 1: _____ Empleado: _____
Celular: (_____) _____ Trabajo # (_____) _____
Padre/Tutor 2: _____ Empleado: _____
Celular: (_____) _____ Trabajo #: (_____) _____
Correo electrónico #1: _____ #2 _____

Talla de Camisa: Youth S M L Adulto S M L XL

- Por favor registre a mi hijo/a para Champ Camp: M-F 6/17-7/19 (no hay campamento 7/4) 12:15-3:30*
Costo: \$850: (Depósito de \$85 requerido; balance debido el 5/1/19)
- Si desea solicitar por una beca, por favor llene el formulario adjunto
- Especial para todos los campistas de JCYS: Marque si desea agregar \$100 a la matrícula para el 2019 Pase de Familia en el JCYS Lillian L. Lutz Recreation Center (¡Valor de \$200!)



Depósito de \$85, no reembolsable, requerido a la hora de registro. Agregar \$100 para el pase de familia del Lil'.

Por favor de incluir un cheque pagable a JCYS.

****Atención: La siguiente página debe de estar completa****

Consentimiento de padres o tutores

1. Entiendo que la cuota de inscripción que aparece debe acompañar esta forma y que no es reembolsable y no transferible a menos que el niño no es aceptado en el programa. Además, entiendo que como padre/tutor que inscribe al niño antes mencionado, sólo yo, soy responsable de las tarifas.
2. Entiendo que la matrícula está condicionada a que todos los pagos sean hechos.
3. Entiendo que no hay una reducción en las tarifas debido a enfermedades, vacaciones o días festivos/días cerrados.
4. Entiendo que las tarifas pueden estar sujetas a cambios dando 60 días de anticipación.
5. Entiendo que un formulario de salud debe ser llenado, firmado y devuelto antes del primer día de campamento. En caso de que mi hijo/a tenga alergias severas o cualquier otra condición médica, un Plan de Acción de Emergencia Médica y Riesgo y Acuerdo de Exención también debe ser firmado y devuelto antes del primer día de campamento.
6. Entiendo que debido a que JCYS hace compromisos con su personal basado en las inscripciones recibidas, no habrá reembolsos por gastos de inscripción o pagos de matriculación.
7. Entiendo que en el caso de que JCYS determine que la participación del programa de campamento no es apropiada, JCYS reserva el derecho a suspender el servicio.
8. Doy permiso para cualquier miembro de mi familia para ser incluidos en fotografías y videos promocionales que se pueden usar en una variedad de medios de comunicación, incluyendo pero no limitado a: folletos de JCYS, anuncios, página web y medios sociales como Facebook y Twitter.
9. Entiendo que el Consejo Judío de Servicios para la Juventud no se hace responsable por la propiedad personal.
10. En caso de una emergencia, si el personal de Champ Camp o cuidado después del campamento no puede comunicarse conmigo o contactos de emergencia nombrados, autorizo al Director de JCYS para actuar por mí de acuerdo a su mejor juicio.
11. En el caso de que yo o los contactos de emergencia nombrados no puedan ser localizados involucrando a mi niño, doy permiso al personal apropiado médico seleccionado por el Director de JCYS, para proporcionar tratamiento médico necesario, incluyendo radiografías, pruebas, inyecciones, hospitalización, la anestesia y la cirugía.

He leído completamente y entiendo las reglas escritas, y estoy de acuerdo en seguir las reglas.

Firma de Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

Información de Emergencia:

Condiciones de alergias/medicas: _____

Necesita (Circule las que apliquen): Epi-Pen Inhalador Pruebas/Medicina para la diabetes
Otro: _____

Contactos de Emergencia/Autorizados de recocer a su hijo/a:

Nombre: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ Celular: _____

Cuidad: _____ Cuidad: _____

Relación: _____ Relación: _____

Permiso de Transporte

Por favor firme a continuación para darnos el permiso de transportar a su hijo/a a un lugar alternativa si el tiempo es peligrosamente caliente. En esos días, recogerán a su hijo/a en El Lil'.

Firma de Padre/Tutor

Fecha



JCYS Champ Camp

2019 Información del Campista



Nombre del Campista: _____ Niño _____ Niña _____ Fecha de Nacimiento: _____

Este verano será el 1er _____ 2do _____ 3ro _____ 4to _____ 5to _____ 6to _____ verano en el campamento de su hijo/a.

¿Cómo se siente su hijo/a de asistir al campamento? _____

¿Tiene su hijo/a algún miedo del cual deberíamos saber? _____

Queremos que la experiencia de su hijo/a en Champ Camp sea la mejor. Por favor, avísenos si su hijo/a tiene alguna dificultad en cualquiera de las siguientes áreas e indique si desea que nos pongamos en contacto con usted para discutir la mejor manera de apoyar a su hijo/a. Por favor, compruebe si su hijo/a tiene dificultad:

_____ Aprender cosas nuevas Comentario: _____

_____ Hacer amigos Comentario: _____

_____ Sigue las reglas Comentario: _____

_____ Mantener la atención Comentario: _____

_____ Jugar deportes Comentario: _____

_____ Otro (sea específico) Comentario: _____

Por favor háganos saber de cualquier servicios especializados que su hijo/a recibe en la escuela (e.g. clases especiales, trabajo social, tutores, etc.)

Por favor describa si su hijo/a tiene alergias: _____

Por favor indique cualquier medicamento que su hijo/a toma durante el año escolar: _____

¿Continuará su hijo/a tomando este medicamento durante el verano? _____ sí _____ no

Por favor explique cualquier tratamiento médico o condición emocional que puede afectar la capacidad de su hijo/a para participar:

Estado Civil: Casado Divorciado Separado Padre Solo Viudo

¿Ha habido cambios recientes en la vida de su hijo/a (e.g. divorcio, muerte de un miembro de familia, traslado, escuela nueva, un nuevo bebé en la familia, etc.)? _____ sí _____ no

Explica _____

La información que he proveído en esta forma es completa y precisa.

Firma del Padre _____

Fecha _____



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA - CONFIDENCIAL*
JCYS Jon Vegosen Champ Camp

Información de Familia

Nombre de Campista(s) _____ Nombre de Padre/Tutor _____
 Dirección _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____
 Teléfono de Casa () _____
 Nombre de Padre #1 _____ # de Trabajo () _____ Profesión _____
 Empleado _____ () Tiempo Completo () Tiempo Parcial Horas/Semana _____
 Nombre de Padre #2 _____ # de Trabajo () _____ Profesión _____
 Empleado _____ () Tiempo Completo () Tiempo Parcial Horas/Semana _____
 Estado Civil: ___ Padre Solo ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Otro _____

Número Total de Personas en el Hogar _____
 Hogar Entero: Marque todas las que se aplican – **El total debe ser igual al número de personas en el hogar mencionados anteriormente.**
 ___ Padres 1 o 2 ___ Abuelos 1 o 2 # de niños en el hogar _____ Edades _____
 ___ Otros # y relación al solicitante _____

Información Financiera (Toda la información se debe llenar para que su solicitud sea considerado)

Cantidad de Solicitud Este Año \$ _____ (Esta Línea se debe llenar)

¿Ha solicitado asistencia financiera de JCYS antes? ___ No ___ Sí Año _____ Cantidad \$ _____

¿Usted está solicitando asistencia financiera de otro programa de JCYS este año? ___ No ___ Sí

Número Total de Años con JCYS _____

INGRESO ANUAL - (No omita ninguna línea, escriba una cantidad, \$0, o no se aplica).

	1/1 – 12/31 2018		Estimado 1/1 – 12/31 2019	
	PADRE #1	PADRE #2	PADRE #1	PADRE #2
Salarios de Empleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Bonos/Comisiones	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Compensación por Desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Mantenimiento de Hijos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Seguro Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Intereses/Dividendos	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión/Mantenimiento	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Beneficios de Discapacidad	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Lista los ingresos de otras fuentes. Incluye la cantidad de cada fuente (i.e.: alquileres, negocios, asistencia de los abuelos, ect.)

Por favor explique la situación de familia/financiera que le hace difícil para usted pagar el costo total de programa. Por favor sea específico. Esta declaración es una parte crítica del proceso de revisión del comité. Lo más detallado que usted sea, ayudará mejor al comité examinar su necesidad financiera. Si usted recibió una beca el año pasado o este año, por favor indique cualquier cambio significativo en los ingresos o situación de familia del año anterior a este año.

Nombre de la Persona Responsable del Pago _____ Teléfono # () _____

Relación al Campista _____

He revisado y comprobado que la información de esta aplicación esta completa y preciso. Entiendo que si me conceden una beca, declaraciones falsas, omisiones o falsificaciones en esta forma, causaran la revocación de la cantidad entera de la beca.

Firma del solicitante

Fecha

Firma de la persona responsable del pago

Fecha

Por favor de darnos una copia de sus formas de Impuestos Federales incluyendo la forma 1040 y cualquier otras formas apropiadas.

*Los nombres de los recipientes de las becas y la cantidad de asistencia se reportarán al Servicios de Impuestos Internos (IRS) en el 990 del JCYS y serán parte de un registro público SI la beca se concede a un oficial corriente/antiguo, director, empleado, contribuyente o persona relacionada.

Formulario de historial de salud para niños, adolescentes y adultos participando en los campamentos

FM 11S

Asistencia al campamento: fechas: _____

Envíe este formulario a la dirección indicada abajo _____ (fecha)

Sugerido para el uso de campamentos residenciales.

Desarrollado y aprobado por la **American Camping Association®** y la American Academy of Pediatrics

La información solicitada en este formulario no forma parte del proceso de aceptación del participante o empleado, sino que se recopila para ayudarnos a proveer una atención apropiada. Se debe comunicar cualquier cambio en esta información al personal

médico del campamento desde la llegada del participante al mismo. Se le solicita proporcionar información completa para que el personal pueda estar enterado de sus necesidades.

Nombre _____
Apellido nombre segunda nombre

Fecha de nacimiento _____ Edad para fecha del campamento _____

Dirección domicilio _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Número de Seguridad Social del participante _____ Sexo: Masculino Femenino

Padre o guardián _____ Teléfono _____

Dirección domicilio _____
(si es diferente de la indicada arriba) Calle y número Ciudad Estado Código postal

Dirección trabajo _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Otro padre o guardián, o contacto de urgencia _____

Dirección _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Dirección trabajo _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

De no poder comunicarse en caso de emergencia, informar a:

Parentesco _____ Teléfono _____

Dirección _____ Teléfono _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Información de seguros

¿Tiene el participante cobertura de seguros médicos/hospitalarios? Sí No

De ser así, favor indicar el nombre de la compañía o del plan de seguros _____ Número del Grupo _____

► Una fotocopia de ambos lados de la tarjeta de seguros de salud debe acompañar este formulario.

Importante — Se requiere completar estas secciones para poder asistir.*

Autorización por padres/guardianes: De mi conocimiento, este historial de salud está completo y correcto. Se permite a la persona aquí descrita participar en todas las actividades del campamento salvo indicación al contrario.

Por la presente autorizo al campamento a proveer atención médica rutinaria, administrar medicamentos recetados y obtener atención médica de urgencia, incluyendo la toma de radiografías o pruebas rutinarias. Se permite la divulgación de

los récords necesarios para propósitos de seguros. Se permite al campamento hacer los arreglos necesarios para el correspondiente transporte de mi persona/mi hijo.

De no poder comunicarse conmigo en caso de emergencia por la presente se permite al médico seleccionado por el campamento obtener y prestar atención, incluyendo la hospitalización, para la persona indicada arriba. El formulario completado puede ser fotocopiado para excursiones afuera del campamento.

Firma del padre/guardián, o del participante adulto o del empleado _____

Nombre en letras de molde _____ Fecha _____

También comprendo y me conformo a las restricciones que puedan imponerse en mi participación en las actividades del campamento.

Firma del menor, o del participante adulto o del empleado _____ Fecha _____

* Si por motivos religiosos usted no puede firmar, comuníquese con el campamento para obtener una hoja de renuncia legal que deberá ser firmada para poder asistir.

ALERGIAS (indique todas las conocidas) Describa la reacción y el tratamiento de la misma.

Alergias a medicamentos (indicar cuáles)

Alergias a comestibles (indicar cuáles)

Otras alergias (indicar cuáles) — incluyendo las picaduras de insectos, fiebre del heno, asma, caspa de animales, etc.

Año

Cabina o Grupo

Nombre

MEDICAMENTOS TOMADOS

Por favor indique **TODOS** los medicamentos tomados ordinariamente (incluyendo medicamentos sin receta médica). Traiga suficientes medicamentos para la duración del campamento. Asegúrese de que

estén en el frasco o empaque original que identifica al médico que lo recetó (de ser éste el caso), el nombre del medicamento, la dosificación y la frecuencia de dosificación.

Esta persona **no toma NINGUN medicamento** en forma regular. O BIEN Esta persona **toma medicamentos** de la manera indicada a continuación:

Medicamento N° 1 _____ Dosis _____ Frecuencia diaria específica (hora) _____
 Motivo del uso _____
 Medicamento N° 2 _____ Dosis _____ Frecuencia diaria específica (hora) _____
 Motivo del uso _____

Agregue otras hojas para medicamentos adicionales.

Identifique aquellos medicamentos que se toman durante el año escolar pero que el participante no toma o no debería tomar durante el verano:

RESTRICCIONES (Las siguientes restricciones se aplican a este individuo):

No come: carne de res carne de puerco productos lácteos aves mariscos huevos otro (describir) _____

Explique cualquier restricción en las actividades (por ej., lo que no puede hacer, cualquier adaptación o limitación necesaria):

PREGUNTAS GENERALES (Explique abajo cualquier respuesta de "sí".)

Indique si el participante:	Sí	No		Sí	No
1. Ha sufrido recientemente alguna herida o enfermedad (contagiosa o no contagiosa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Ha tenido problemas con la espalda en alguna ocasión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sufre de una enfermedad o condición crónica o repetidamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Ha tenido problemas con las coyunturas (por ej., las rodillas, los tobillos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha estado alguna vez hospitalizado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Estará usando un aparato ortodóntico durante el campamento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sido alguna vez operado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Tiene problemas de la piel (por ej., picazón, salpullido, acné).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tiene dolores de cabeza con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Tiene diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha sufrido en alguna ocasión una herida de la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Tiene asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha estado inconsciente como resultado de un golpe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Ha tenido mononucleosis durante los últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usa lentes, lentes de contacto, o anteojos protectores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ha tenido problemas de diarrea/estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ha sufrido infecciones del oído con frecuencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Ha sufrido de somnambulismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se ha desmayado durante o después del ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Ha tenido una historia de menstruación anormal (para participantes femeninos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha sufrido mareos durante o después del ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Tiene una historia de orinar en la cama.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ha sufrido de ataques de apoplejía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Ha sufrido en alguna ocasión de una anomalía de dieta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ha sufrido alguna vez de dolores del pecho durante o después del ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Ha tenido problemas emocionales para los cuales se obtuvo ayuda profesional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ha sufrido de la presión alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Ha sido diagnosticado con soplo cardiaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Favor de aclarar cualquier respuesta de "sí" y anotar el número de la pregunta. _____

Indique si el participante ha tenido:

- Sarampión
- Varicela / viruelas locas
- Rubéola
- Paperas
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Prueba Mantoux de tuberculosis _____
 Fecha de la última prueba _____
 Resultado: Positivo Negativo

Favor de indicar todas las fechas de inmunización:

Vacuna:	Fechas:	mes/año	mes/año	mes/año	mes/año	mes/año	mes/año
DTP		_____	_____	_____	_____	_____	_____
TD (tétano/difteria)		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tétano		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Poliomielitis		_____	_____	_____	_____	_____	_____
MMR		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de sarampión		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de paperas		_____	_____	_____	_____	_____	_____
o de rubéola		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Haemophilus influenza B		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hepatitis B		_____	_____	_____	_____	_____	_____
Varicela (viruelas locas)		_____	_____	_____	_____	_____	_____

Use este espacio para proveer datos adicionales sobre el comportamiento y la salud física, emocional o mental del participante que el personal del campamento debería saber. _____

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____
 Dirección _____
 Nombre del dentista/ortodontista de la familia _____ Teléfono _____
 Dirección _____

Récord de examen (para el uso del campamento únicamente) Examinado por _____
 am
 Examinado en (fecha) _____ Hora _____ pm Actualizaciones/adiciones al récord médico anotadas: Sí No Ningunas
 Medicamentos recibidos: _____
 Necesidades médicas actuales: _____
 Observaciones: _____