

CAMPAMENTO DE DÍA DE VERANO WELLSRING 2023

1316 Broadway, Fort Wayne, IN 46802

Apellido del Niño/de la Niña _____
Nombre del Niño/de la Niña _____
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Edad _____
Marque Uno: Femenino _____ Masculino _____ Otro _____

Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____

Número de Teléfono Principal _____
Teléfono de Trabajo _____ Nombre del Negocio _____
Dirección de Correo Electrónico _____

Escuela Asistida en 2022-23: _____

Año Escolar(2022-23) _____ (El año que su hijo/a completará este año escolar.) _____

Padre/Guardián _____ Teléfono de Día _____
Padre/Guardián _____ Teléfono de Día _____

Contactos de Emergencia(personas que no sean los padres o guardianes)

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Proveedor de Guardería _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Condiciones Médicas/Medicamentos (Liste **Todos** los Medicamentos) /Alergia/Necesidades Especiales:

Toma Medicamentos Sólo en casa en el Campamento*

*Los empleados de Wellspring no administrarán ningún medicamento. Su hijo/a es responsable de sus propios medicamentos.

TRANSPORTE

Por favor elija o "Recogido/a del Sitio" o una de las paradas de autobús que se enumeran a continuación.

Recogido/a del Sitio por el Padre o Guardián ____ Recogido/a del Sitio por el Proveedor de Cuidado Infantil ____

Recogido/a en Paradas de Autobús:

Bethlehem Lutheran (Euclid Ave.) _____

Bloomington Elementary (Third St.) _____

Por favor indique cómo llegará su hijo/a a casa desde la parada del autobús:

Viajero/a de Auto _____ Caminando Solo/a _____

Caminando con el Padre, Guardián o Contacto de Emergencia _____

Los niños sólo pueden ser recogidos de los sitios o paradas de autobús por los Padres, Guardianes, Proveedores de Cuidado Infantil o Contactos de Emergencia mencionados anteriormente.

La forma continúa en el reverso.

La Siguiente Información es Sólo para Fines Estadísticos.

Niño/a Vive Con(marque uno) Padre y Madre _____ Padre _____ Madre _____
 Padre y Padrastro, Madrastra _____ Padre Adoptivo _____ Abuelo _____
 Otro Pariente (por favor especifique) _____ Otro (por favor especifique) _____
 Origen Étnico/Racial (marque uno): Afroamericano/Negro _____ Asiático/Isleño del Pacífico _____
 Caucásico/Blanco _____ Hispano _____ Birracial/Multirracial _____ Otro (por favor especifique) _____
 ¿Cuántos años ha participado su hijo/a en el Campamento de Día de Verano de Wellspring (encierre uno en un círculo)?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
 Tamaño de la Familia/Número Total de Personas que Viven en el Hogar, incluido el/la niño/a

Encierre en un círculo su nivel de ingresos bajo el número de personas en su hogar

2	3	4	5	6	7	8+
0- 17,420	0- 21,960	0- 26,500	0- 31,040	0- 35,580	0- 40,120	0- 44,660
17,421 28,800	21,961- 32,400	26,501- 35,950	31,041- 38,850	35,581- 41,750	40,121- 44,600	44,661- 47,500
25,201- 46,000	32,401- 51,750	35,951 57,500	38,851- 62,100	41,751- 66,700	44,601- 71,300	47,501- 75,900
46,001 +	51,751 +	57,501 +	62,101 +	66,701 +	71,301 +	75,901 +

ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN/RECONOCIMIENTO DE RIESGO

Por la presente reconozco y acepto que participar en actividades en el Campamento de Día de Verano de Wellspring Interfaith Social Services (en lo sucesivo, WISS SDC) tiene riesgos inherentes. Tengo pleno conocimiento de la naturaleza y el alcance de todos los riesgos asociados con las actividades de SDC, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Todo tipo de lesiones que puedan resultar de jugar en juegos organizados.
2. Las actividades recreativas que implican correr, saltar, lanzar o patear pelotas o jugar en el equipo del patio de recreo pueden provocar lesiones.
3. Soy consciente de la naturaleza contagiosa de las enfermedades bacterianas y virales, incluida la nueva enfermedad por coronavirus de 2019 ("COVID-19") y el riesgo de que yo [o los Participantes, Menores, etc.], que participen en WISS SDC, podamos estar expuestos o contraer el COVID-19 u otras enfermedades infecciosas al estar en las instalaciones de WISS, las instalaciones del Ejército de Salvación, las instalaciones de la Iglesia Congregacional de Plymouth, las instalaciones de Trinity Episcopal, en los autobuses de FWCS y/o participar en las actividades de SDC. Entiendo y reconozco que dicha exposición o infección puede resultar en enfermedades graves, lesiones personales, discapacidad permanente, muerte o daños a la propiedad. Reconozco que este riesgo puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de otros, incluidos los empleados de WISS, o verse agravado por ellas. Entiendo que si bien WISS ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19, WISS no puede garantizar que yo [o los Participantes, Menores, etc.] no nos infectemos con COVID-19 mientras estemos en las instalaciones de las organizaciones mencionadas anteriormente o autobuses de FWCS y que estar en cualquiera de estos locales o autobuses puede aumentar mi riesgo de contraer COVID-19 A PESAR DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD, RECONOZCO QUE INGRESO VOLUNTARIAMENTE A LAS INSTALACIONES [Y ESTOY CONSENTIENDO VOLUNTARIAMENTE QUE EL PARTICIPANTE, EL MENOR ETC. INGRESAR AL LOCAL] PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD CON CONOCIMIENTO DEL PELIGRO IMPLICADO. POR LA PRESENTE ACEPTO Y ASUMO TODOS LOS RIESGOS DE LESIONES PERSONALES, ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD, DERIVADOS DE MI [Y EL PARTICIPANTE, MENOR, ETC.] ESTÁN EN ESTAS INSTALACIONES O PARTICIPANDO EN LA ACTIVIDAD, YA SEA CAUSADO POR LA NEGLIGENCIA DE WISS O DE OTRA MANERA.

4. Reconozco además que la lista anterior no incluye todos los riesgos posibles.

5. CONSENTIMIENTO PARA TRATAR AL MENOR DE EDAD En caso de enfermedad repentina, accidente o lesión que pueda ocurrir mientras dicho/a menor esté involucrado/a en una actividad supervisada por empleados de WISS, cuando no se pueda contactar a ninguno de los padres o guardianes, por la presente doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia según sea necesario bajo las circunstancias por cualquier médico con licencia bajo las leyes del Estado de Indiana. Además, entiendo que seré el único responsable de todos los costos asociados con el tratamiento médico de emergencia proporcionado.

6. ACUERDO/RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DEL PROGRAMA DE CAMPAMENTO DE DÍA DE VERANO DE WELLSPRING Por la presente reconozco y acepto que he leído las políticas adjuntas para el Campamento de Día de Verano de Wellspring.

Exención de Fotografía/Video: Autorizo a Wellspring Interfaith Social Services y sus organizaciones afiliadas a usar y publicar fotografías y/o videos míos y/o de mis hijos con el propósito de promover el Campamento de Día de Verano de Wellspring.

Al firmar a continuación, entiendo que estoy de acuerdo con el "Acuerdo de Liberación e Indemnización/Reconocimiento de Riesgo" (#'s 1-3), doy mi consentimiento para tratar a mi hijo/a en caso de emergencia (#5), estoy de acuerdo con/reconocimiento de las Políticas y Metas de WISS SDC (#6) y la Exención de Fotografía/Video.

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____