

APLICACIÓN DE CAMPISTA 2017

Directora Responsable del Campista

Lisa Pérez

1401 S Harbor Blvd. #11C La Habra, CA 90631

Email californialionscamp@gmail.com

El Campista es: MASCULINO _____

FEMENINO _____

Circule la Talla de Camisa: **PM M L XL XXL**

(ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE)

Nombre del Campista: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad el día del Campamento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ VP? SI _____ NO _____

E-Mail Correo Electrónico _____

Número de Celular _____ Otro Número _____

¿Cual es el idioma que se habla en casa? _____

Camp Pacifica solamente patrocinara una sesión:

_____ **Sabado, 30 de Julio, 2016 - 5 de Agosto, 2017**

El Campista es Sordo _____ Dificil de Escuchar _____ Hermano(a) Escucha _____ CODA _____

El Campista se comunica usando? ASL _____ PSE _____ SEE _____ HABLA CON CLAVES _____

Favor de indicar sus habilidades de natación: Principiante _____ Intermediario _____ Avanzado _____

Ha estado en un campamento su hijo(a) antes? SI _____ NO _____

Campamento Pacifica SI _____ NO _____ Nombre del Otro Campamento _____

Cuales fueron sus actividades favoritas? _____

FAVOR DE ADJUNTAR UNA FOTO RECIENTE AQUI

APLICACIÓN DE CAMPISTA 2017

Director(a) Responsable de el Campista
Lisa Pérez - 1401 S Harbor Blvd. #11C La Habra, CA 90631
Email californialionscamp@gmail.com

Nombre del Niño/a _____

Su hijo tiene algún comportamiento emocional, y/o alguna condición medica la cual el personal del campamento necesita ser informado?

(Explique) _____

CUALES SON SUS EXPECTACIONES O LAS DE SU DOCTOR Y/O COMPORTAMIENTO EXPECTATIVO? FAVOR DE ADJUNTAR TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA EL PERSONAL EN CASO QUE SEA NECESARIO. Sera revisado antes de la llegada de su hijo al campamento.

El Campamento del Club de Lions de California Incorporado no proporciona aseguranza medica y/o aseguranza de accidente para los campistas. Los padres/tutores legales deberán tener su propia aseguranza o estar preparados para pagar cualquier servicio medico en el campamento. Muchos proveedores de servicios médicos requieren comprobante de aseguranza en el tiempo que se requiere el servicio medico. Favor de adjuntar una calcomanía, carta u otro comprobante de aseguranza antes de que el campista llegue al campamento. Si el campista no esta asegurado o no proporciona a Camp Pacifica comprobante de aseguranza, este listo para pagar \$25.00 el costo de pago a una aseguranza suplementar medica la cual cubrirá al campista su estancia en Camp Pacifica. Pedimos que por favor nos de la información siguiente.

Nombre de la Compañía de Aseguranza _____

Póliza # _____ Grupo # _____ Medical # _____

INFORMACION DE LA ESCUELA (Favor de Completar esta sección)

Escuela Matriculado _____

Nombre del Maestro(a) _____ Número de Teléfono _____

Dirección de la Escuela _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

ACUERDO DEL PADRE / TUTOR LEGAL Y DEL CAMPISTA

El campista obedecerá las reglas del campamento incluyendo el código del vestuario el respeto a los individuales y a los campistas, al personal al equipo, y a la propiedad. Padres podrán ser obligados a pagar cualquier daño echo a propiedad personal o a cualquier propiedad del campamento. Absolutamente no armas, bebidas alcohólicas, o sustancias ilegales serán permitidas. Si un campista es repetidamente desobediente a las reglas o manifiesta comportamiento que los pone a ellos o a otros campistas o personal del campamento en peligro, los padres/tutores legales serán notificados que tendrán que venir a Camp Pacifica a recoger a su hijo y se lo tendrá que llevar a casa.

Firma del Campista

Fecha

Firma del Padre / Tutor Legal

Fecha

Antes de que algún campista sea considerado, favor de completar: "Aplicación del Campista Forma (3 hojas). "Salud y Registro Medico del Joven" (2 Hojas) y "La Autorización y Consentimiento del Menor, (1 Hoja), También adjuntar The Angel Flight "Forma Renuncia y Exención de Responsabilidad Transporte vuelo aéreo, si usted esta solicitando transportación aérea (6 Hojas).

ENVIE TODAS LAS FORMAS JUNTAS LO MAS PRONTO POSIBLE, Antes del 21 Junio, "Fecha Plazo"

APLICACIÓN DE CAMPISTA 2017 ARCHIVO DE SALUD E HISTORIA MEDICA

Directora Responsable del Campista
Lisa Pérez - 1401 S Harbor Blvd. #11C La Habra, CA 90631
Email californialionscamp@gmail.com

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona de Contacto por alguna emergencia medica

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Otras Instrucciones _____

COMPLETE ESTA HOJA COMPLETAMENTE: favor de llevarla a su Doctor o a su proveedor de cuidado medico. (clínica, o centro de salud etc.) para el examen:

HISTORIAL DE SALUD: Deberá ser firmada por Padre / Tutor Legal de los menores de 18 años de edad.

TIENE O ESTA SUJETO A: (Marque si la respuesta es SI)

Asma _____ Desmayos _____ Convulsiones _____ Problemas del Corazón _____ Diabético (que tipo) _____

Restricciones de deportes o de correr _____ Alergias o reacción a medicamentos _____ Otro _____
Indique: _____

Marque aquí si nada de lo anterior se aplica

Note: Camp Pacifica does not provide any specialty foods. The camp kitchen may contain allergens such as nuts, food coloring, milk, eggs, wheat, soy, sesame & other products. My child has the following food allergies:

INMUNIZACION	Fecha de la ultima Inoculación	INMUNIZACION	Fecha de la ultima Inoculación
Toxoide Tetánico		Sarampión	
Polio		Sarampión	
Paperas		Alemán	Difteria Tos
Varicela		Ferina	

TIENE O A TENIDO DIFICULTAD CON: (Favor de Circular)

Ojos, Oídos, Nariz, Garganta, Digestión, orines, Sarampión, Varicela, Sarampión Alemán, Problemas Menstruales, Pulmones, Sonambulismo, Tos Ferina, Difteria

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE DEBERAN CONTINUAR DURANTE SU ESTANCIA EN EL CAMPAMENTO

Medicamento _____ Medida _____ Horario _____

Necesidades dietéticas especiales _____ Vegano(a) _____ Vegetariano(a) _____

Anote cualquier razón medica por la cual no podrá participar en actividades físicas: _____

AUTORIZACION DE LOS PADRES

Esta historia medica es correcta, y la persona descrita tiene mi permiso para participar en todas las actividades físicas con excepción a lo anotado de mi o de el medico. En el evento que yo no pueda ser contactado de emergencia, yo autorizo al doctor seleccionado por el líder adulto encargado que hospitalice, asegure anestesia apropiada, o que ordene inyección o cirugía para mi hijo.

Firma del Padre / Tutor Legal _____ Fecha _____

NOTA: La información anterior y el archivo medico de la siguiente pagina será compartida con el líder adulto y con los responsables del campamento y los coordinadores de actividades también incluyendo los responsables de transportación.

ENVIE TODAS LAS FORMAS JUNTAS LO MAS PRONTO POSIBLE, Antes de Junio 21, "Fecha Plazo"

APLICACIÓN DE CAMPISTA 2017

Directora Responsable de los Campistas
Lisa Pérez- 1401 S Harbor Blvd. #11C La Habra, CA 90631
Email californialionscamp@gmail.com

CALIFORNIA LIONS CAMP

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA EL MENOR O PERSONA JOVEN NO EMANCIPADO CCP 25.8 CODIGO PENAL SECCION 12552

Nombre del Campista _____ Fecha de Nacimiento _____

El abajo firmante, padre, tutor legal de el campista menor de edad autoriza a California Lions Camp Incorporated o tal sustituto designado como agente suscrito a dar su consentimiento para la realización, en caso de juzgarlo necesario, de cualquier análisis, prueba de Rayos-X, diagnostico anestésicos, medico o quirúrgico, tratamiento o ingreso en un hospital, entendiendo que debería ser realizado bajo la supervisión general de un medico, dentista o cirujano. El diagnostico podrá llevarse a cabo en la consulta de especialista o cirujano correspondientes, o en un hospital. Se entiende que esta autorización se establece antes de que sea preciso cualquier diagnostico especifico, tratamiento o ingreso en un hospital, con la finalidad de conceder autoridad y poder al representante de California Lions Camp Incorporated para que de su consentimiento especifico se pueda realizar todos los diagnósticos, tratamiento o ingreso a un hospital que los ya mencionados médicos, dentistas o cirujanos juzguen necesarios, atendiendo siempre a su mayor criterio. El firmante extiende autorización al campamento California Lions Camp de usar fotos de los campistas en publicidad imprimida o en videos, y grabaciones con el fin de obtener publicidad. Esta autorización se establecerá valida desde el momento que el menor este en ruta al lugar y de el lugar regreso a casa o cuando este participando en cual quiere actividad o evento con California Lions Camp Incorporated a menos que sea revocado por escrito por el abajo firmante, y sea entregado al agente mencionado.

Fecha: _____

Padre/Tutor Legal (Firma) _____

Madre/Tutor Legal (Firma) _____

Padre/Tutor Legal (Letra de Molde) _____

Madre/Tutor Legal (Letra de Molde) _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono De Casa _____

Teléfono de Trabajo _____

Teléfono de Trabajo _____

Teléfono de Celular _____

Teléfono de Celular _____

Correo Electrónico _____

Correo Electrónico _____

Numero de FAX _____

Numero de FAX _____

ENVIE TODAS LAS FORMAS JUNTAS LO MAS PRONTO POSIBLE, Antes de Junio 21, "Fecha Plazo"

PLEASE NOTE THAT THIS DOCUMENT IS TO BE GIVEN TO THE DOCTOR IN ENGLISH

Medical Release for Angel Flight West Camp Flight

Your patient, _____, has requested assistance with transportation for his/her medical needs. In order for this to occur, please print your name and sign the following to confirm that this patient may safely fly in a small non-pressurized aircraft. If you, the physician have any questions, please call us at: (310) 390-2958. Thanks for your cooperation in assisting this patient.

_____, is medically stable and able to fly in a non-pressurized small aircraft.

In addition, I confirm that the patient does not have any medical/psychiatric conditions that could affect the safety of the flight.

Such conditions could be (but are not limited to): seizures, psychiatric conditions, and/or conditions that require the use of medical equipment in flight.

The cabin of a small aircraft can be smaller than the inside of a vehicle. Please be sure that any condition would not interfere with the ability of the pilot to fly the aircraft. This would include physical interference, or the emotional interference that something such as a seizure could cause.

Print Physician Name: _____

Physician Signature: _____

Physician Phone #: _____

Date: _____

Favor de no enviar por fax ninguna información a Angel Flight West. Simplemente incluya esta información en su Paquete de Camp Pacifica

Camp Pacifica le enviara la

información a Angel Flight West

Nombre del Campo _____

1. Angel Flight West, no comercial, sin fines de lucro, organización voluntario de servicio publico, ha arreglado para mi, y, _
Campero #1 Campero #2

que yo proporcione no esenciales, no de emergencia, transporte aéreo y si es necesario, transporte local terrestre (colectivamente "Angel Flight West Transportación") Por medio del Angel Flight miembros voluntarios nombrados en lo sucesivo libres de cargo, para mi convencia en obtener tratamiento medico o cual quiera otro propósito ha sido determinado apropiadamente para el recivo de Angel Flight West Transportación.

2. Yo entiendo que el Piloto no es empleado o controlado por Angel Flight West, es un miembro voluntario de Angel Flight West quien a acordado donar una aeronave ("AERONAVE") y su servicio de piloto para Angel Flight West Transportación. Aun que Angel Flight West esta profundamente preocupado por la seguridad de los pasajeros recibiendo Angel Flight West Transportación, Angel Flight Transportación no tiene la practica o los medios de directamente evaluar y monitorizar la competencia, habilidad, o seguridad de los pilotos miembros o la seguridad de sus aeronaves. En el esfuerzo para optimizar la seguridad, Angel Flight West tiene un sistema de seguridad factible, que cada piloto cumpla con las normas básicas de experiencia mínima y que posee licencias de la Administración Federal de Aviación para vuelo y aviones dada. Angel Flight West se basa a las Regulaciones Federales de Aviación, la devoción de un piloto a cumplir con las regulaciones, y afirmación de cada piloto a Angel Flight West que el o ella tiene que observar precauciones especificadas en todas las misiones, para lograr seguridad.

3. Yo entiendo que Angel Flight West es una organización caritativa y que el Piloto esta donando sin ningún reembolso financiero por el servicio o por gastos por proporcionar Angel Flight West Transportación. Como dicho, Angel Flight West, y las personas actuando en nombre Angel Flight West, incluyendo coordinador de misión, agencias referentes, miembros de la mesa directiva, y todos los afiliados con Angel Flight West quien se has asignado en organizar Angel Flight West Transportación ("RENUNCIAS") están confiando el la firma de Renuncia y Exención de Responsabilidad a cambio de su prestación de servicios de caridad. También entiendo que hay otros medios de transporte disponibles para mi, incluyendo comercial, transporte aéreo y transporte terrestre, y que yo he escogido recibir Angel Flight West Transportación por su conveniencia y/o por los costos ahorrativos relativamente.

4. RENUNCIO LIBERO Y EXIMO DE RESPONSABILIDAD

En consideración para recibir Angel Flight West Transporte sin cargo, estoy de acuerdo que ni yo ni mis cesionarios, herederos, distribuyes, albaceas, tutores o representantes legales ("LIBERADORES") harán una reclamación o afirmar cualquier causa de acción (conocido o exonerados desconocidos) contra o demandar, por muerte, lesiones corporales, daños a la propiedad o cualquier otra responsabilidad de cualquier tipo ("daño") que surjan Del Angel Flight West Transportación, incluyendo pero no limitado a daños resultantes de la negligencia activa o pasiva, incluyendo negligencia u otros actos u omisiones de exonerados. Por la presente renuncio, y la liberación exonerados

de la responsabilidad por, dichas demandas, causas de acción y trajes que (RENUNCIANTE) o cualquiera de ellos tienen ahora o en el futuro puedan tener. Esta Renuncia y Liberación incluye, sin limitación, DAÑO que resulta de (a) mi ser en la aeronave, lo que podría causar por sí solo lesiones; (b) mantenimiento inadecuado de o defectos en la aeronave, ya sea oculto, latente o evidente, lo que podría causar un accidente; (c) negligente o gravemente negligente pilotaje u otra operación de la aeronave, lo que podría provocar un accidente; y (d) No, deslizamiento, caída o de lo contrario quedar herido en y alrededor de la aeronave, **ESTO SIGNIFICA QUE NI YO, NI MIS, HEREDEROS O ALBACEAS DE MIS BIENES PUEDEN RECLAMAR NINGUN CARGO POR PERJUICIO QUE PROVENGA DE UN TRANSPORTE VOLUNTARIO DE ANGEL FLIGHT WEST TRANSPORTATION.**

5. **Renuncia recurrente de naturaleza y liberación:** Esta renuncia y liberación puede ser utilizada, y se considera valida a Angel Flight West Transportación en el que el abajo firmante o los menores de edad mentalmente incompetente o cuyo nombre esta renuncia se libera esta siendo firmado es un pasajero o asistente de misión.

6. Entiendo que es mi responsabilidad única de comprar cualquier vuelo o seguro de accidente, si yo deseo estar asegurado en este vuelo.

7. En el caso de que alguna parte de este contrato no es valida, las partes restantes permanecerán en pleno vigor y efecto.

CONOCER Y EJECUCIÓN VOLUNTARIA: HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y ENTIENDO ESTA RENUNCIA Y LIBERACIÓN, Y FIRMO DE MI VOLUNTAD PROPIA. ESTOY DE ACUERDO QUE NINGUNA PRESENTACION ORAL O DECLARACIONES O INCENTIVOS APARTE DEL PRESENTE ACUERDO SE HAN ECHO

Campista #1 _____ Fecha: _____

Imprima Nombre _____

Campista #2 _____ Fecha: _____

Imprima Nombre _____

Asistente de Misión _____ Fecha: _____

Imprima Nombre _____

Permiso, Renuncia, Liberación, y Certificación del Padre/Tutor Legal de derecho al transporte del niño/a través de líneas estatales: Yo certifico que soy padre o tutor legal del niño mencionado o del padre que es mentalmente incompetente de arriba como tal, he leído con cuidado y entiendo en su totalidad y, en mi nombre y en el del niño o individuo legalmente incompetente pare ser transportado , y en consideración para recibir Angel Flight West Transportación sin cargo, por la presente (a) le doy al niño o individual mentalmente incompetente permiso para someterse a Angel Flight West Transporte; (b) renunciar y liberar todas las demandas causas de acción y demandas contra LIBERADOS por DANOS derivados de Angel Flight West Transportación; y (c) certifico que estoy legalmente autorizado de llevar al niño a través de líneas estatales con el propósito de poder cumplir EL Angel Flight West Transportación.

Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Imprima Nombre _____ Fecha _____

PERMISO DE FOTOGRAFIA:

Comprendo que para continuar presentando gratuitamente servicio a la comunidad Angel Flight West depende de contribuciones que se solicitan por medio de la publicidad. Para contribuir a ese propósito, otorgo a Angel Flight West el permiso para tomar fotografías y para usarlas con fines de publicarlos para publicidad u otros similares.

Pasajero #1 (iniciales) _____ Pasajero #2 (iniciales) _____

Favor de firmar y incluir esta información en su paquete, Camp Pacifica Paquete de Aplicación. Camp Pacifica le entregara todos las exenciones firmadas directamente a la oficina Angel Flight West.

PROVISIÓN DE LIBERACIÓN DE ACTIVIDAD RECREATIVA
(USUARIO QUE NO SEA EL PADRE / TUTOR)

1. **ASUNCIÓN DEL RIESGO.** El usuario es consciente de los riesgos inherentes de lesión, la muerte, y de daños a la propiedad que participan en cursos de aventura, que se definen como cursos de cuerda, incluyendo el cuerdas, postes, estructuras de soporte, cables y poleas, incluyendo, sin limitaciones riesgos debido a la caída. Usuario es consciente de los riesgos de lesiones, muerte y daños a la propiedad que puedan como resultado, entre otras causas, la negligencia activa o pasiva de California Leones Camp, también conocido como Campamento Pacifica, y sus funcionarios, directores, empleados, agentes (colectivamente ", "partidos liberados de disidentes"), incluyendo, sin limitación, el riesgo de instrucción o supervisión negligente. Usuarios voluntariamente participan en los cursos de aventura, que se definen como cursos de cuerda, incluyendo las cuerdas, postes, el apoyo a las estructuras, cables y poleas, con el conocimiento de los riesgos de lesiones, muerte, daños a la propiedad, y otros riesgos, y asume cualquier y todos los conocidos y riesgos desconocidos de la lesión, la muerte y daños a la propiedad, que puedan resultar del uso de la cursos de aventura.

2. **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD.** Comunicados de usuario partidos liberados de disidentes de toda responsabilidad al usuario y los directores de los usuarios, representantes, tutores, sucesores, cesionarios, herederos, los niños, y el próximo los familiares de toda responsabilidad, reclamaciones, daños o demandas por lesiones personales, la muerte o la propiedad daños, que surja de o relacionados con este acuerdo, si las lesiones, muerte, daño a propiedad ocurre dentro o fuera de las instalaciones. Esta versión incluye, sin limitación, cualquier lesión personal, muerte o daños a la propiedad causados por la negligencia activa o pasiva de cualquiera de los partidos libertados de disidentes. Usuario es el único responsable de cualquier pérdida.

3. **CONOCER Y EJECUCIÓN VOLUNTARIA.** Usuario reconoce que a leído cuidadosamente este acuerdo, entiende su contenido, y entiende que este acuerdo incluye una asunción del riesgo de negligencia las partes liberadas 'y un comunicado de su la responsabilidad. El Usuario reconoce la liberación del partido disidentes y actividades se basan sustancialmente en esta renuncia y dan permiso al usuario a participar en las actividades descritas.

FECHA _____ FIRMA _____
(USUARIO)