



Kids Camp 2024: August 8th -11th

Lake Springfield Christian Assembly:
1674 Lick Creek Lane Chatham, IL 62629

Nombre Participante/*Participants Name*: _____

Padre o Guardián/*Parent or Guardian Name*: _____

Dirección/*Address*: _____

Ciudad/*City*: _____ Estado/*State*: _____ Zona Postal/*Zip Code*: _____

Teléfono/*Telephone #*: _____

Fecha Nacimiento/*Birthdate*: ___/___/___ Edad/*Age*: ___ Género/*Gender*: M F

Aseguraza Medica/ *Health Insurance*: _____

de Grupo/*Group #* : _____ #ID/ *ID#*: _____ #Teléfono/*Telephone #*: _____

Iglesia a la pertenece/ *Home Church*: _____

Pastor/*Pastor*: _____ #Teléfono/*Telephone #*: _____

Nombre del o la líder(es) de la iglesia local con quien asistirá su hijo(a) al campamento/
Name of local church lider(s) attending camp with your child:

¿Estará presente durante el campamento el padre o guardián del participante?/**Will**
Camper's parent o guardian be present during camp? Sí/ *Yes* No/ *No*

Si contesto que Sí/ *If yes*: Nombre/ *Name*: _____

Parentesco con participante/*Relation to participant*: _____

En caso de Emergencia llamar a / *In case of Emergancy contact*:

Nombre/ *Name* _____ # Teléfono/*Telephone #*_: _____

Parentesco con participante/ *Relation to participant*: _____

\$185 por persona antes de Junio 19 / **\$185 per person before June 19**
 \$195 por persona entre Junio 20-Julio 25 / **\$195 per person between June 20-July 25**

Regístrese para
*Junio 19

Register by
*June 19
www.cognch.com

Historial de salud del Participante Participants Health History

¿Alergico a alguna medicina, comida u otra cosa?/ *Are you allergic to any medication, food or any other?*
_____ Sí/ *Yes* - No/ *No* _____

Explique/ *Explain*: _____

¿Tiene usted alguna condición medica actual?/ *Do you have any current medical condition?* _____ Sí/ *Yes* - No/ *No* _____

Explique/ *Explain*: _____

¿A tenido usted alguna condición medica en el pasado?/ *Have you had any medical condition in the past?*
_____ Sí/ *Yes* - No/ *No* _____

Explique/ *Explain*: _____

¿Vacunado contra el Tétano?/ *Tetanus Shot?* _____ Sí/ *Yes* - No/ *No* _____

Sí, cuando/ *When*: _____

¿Tiene usted alguna limitación fisica?/ *Do you have any fisical limitations?* _____

Continuar/ *Continue* »»

Nosotros mantenemos un surtido de medicamentos que comúnmente son usados sin receta medica para primeros auxilios. Por Favor NO envíe Tylenol, Advil, Benadryl, etc. Recomendamos altamente que envíe medicamentos que se despachan sin receta medica si su hijo(a) solo pueden tomar una marca específica. Todo medicamento deberá estar en su envase original./ We maintain a supply of commonly used over-the-counter medications for first aid treatment. Please DO NOT send bottles of Tylenol, Advil, Benedryl, etc. We highly recommend sending specific over-the-counter medications if your child can only have a specific brand. Medications must be in original bottle.

Todo medicamento recetado deberá tener la etiqueta de prescripción. Si usted tiene un inhalador, deberá traer la caja con la etiqueta de prescripción. No podemos dar medicamentos recetados sin la etiqueta de prescripción./ All prescription medications must have the prescription label. If you have an inhaler, the box with the prescription label must come with it. We can not give the prescription medication without the label.

Por favor indique que medicamentos recetados su hijo(a) estará tomando durante el campamento./ Please indicate any medications that your child will be taking while at camp:

Nombre de Medicina/ <i>Name of Med</i>	Dosis/ <i>Dose</i>	Medicina para/ <i>Med for</i>	Cuando la toma/ <i>When taken</i>
Ejemplo/ <i>example</i> : Accolate	1 pastilla, 2 veces al día/ <i>1 pill, 2 times a day</i>	Asthma/ <i>Asthma</i>	Desayuno, Cena/ <i>Breakfast, Dinner</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Por este medio doy mi permiso para administrar primeros auxilios y asegurar la atención medica necesaria para mi hijo(a) en caso de accidente o enfermedad. Además, autorizo la entrega a Church of God North Central Hispanic de cualquier record incluyendo Rayos X y resultados de exámenes, que resulten como parte del tratamiento medico.

Autorizo también a mi hijo(a) asistir al Campamento de la Niñez 2024 y a participar de las actividades que surjan como parte del campamento . De igual manera doy permiso a que le tomen fotos, audio grabaciones y videos a mi hijo(a) y doy mi consentimiento a que estos sean utilizados en folletos, videos, paginas de internet, etc. para promociones futuras.

Yo entiendo que cualquier mal comportamiento deliberado o violación a cualquiera de las reglas resultara en acción disciplinaria, aun al extremo de ser expulsado del campamento sin derecho a reembolso.

Yo certifico que la información que he proveído es correcta a mi mejor conocimiento. Yo asumo toda la responsabilidad por el comportamiento de mi hijo(a) y no hago responsable a Church of God North Central Hispanic por cualquier daño accidental que le pueda ocurrir a mi hijo(a).

I hereby give my permission to administer first aid and to secure necessary medical attention for my child in case of illnesses or accident. Furthermore, I authorize the release to Church of God North Central Hispanic of all records including X-Rays and test results, resulting from medical treatment.

I also authorize my child to attend Kids Camp 2024 and participate in any activities as part of the camp. I release all photos, videos and audio tapes of my child for promotional purposes such as brochures, videos, web pages, etc.

I understand that any deliberate misconduct or disregard of any rules will result in disciplinary action, even to the extent of being asked to leave the camp without reimbursement.

I certify that the information I have provided is true to the best of my knowledge. I assume full responsibility for my child's behavior and will not hold Church of God North Central Hispanic liable for any accidental harm that may occur to my child.

Firma Padre o Guardián Legal/ Parent or Legal Guardian Signature: _____ Fecha/Date: _____

Firma del Pastor / Pastor's Signature: _____ Fecha/Date: _____

*La tarifa de Campamento no es reembolsable/ Camp fee is non refundable

***Aceptamos pagos con Tarjeta de Crédito (se aplicara una tarifa de conveniencia)/ We accept Credit Card payments (convenience fees applies)**

Para más información/ For more information: <http://www.cognch.com/ninos>