



Durham | Craig Gomains
(919) 687-4517 | www.bgcdoc.org

SOLICITUD DE CAMPAMENTO VERANO 2024

Cuota Anual: \$10 cada niño (excluyendo miembros de 2023-2024 despues de escuela, debido con la aplicación, no hay reembolso)

Cuota de Inscripción: \$50 para cada niño (debido con la aplicación, no hay reembolso)

Costo: Sesión 1 - \$320 (debido Junio 7, 2024), Sesión 2 - \$240 (debido Junio 7, 2024)

Fechas del Campamento de Verano: Junio 24 – Agosto 9. Cerrado Julio 4 y 5.

Horas de Operación: 8:00 por la mañana – 5:00 por la tarde, de Lunes a Viernes

Desayuno, Almuerzo y Merienda incluido

Por favor, seleccione la sesión(s) que desee inscribirse en:

- (sesión 1) Junio 24 – Julio 19, Cerrado Julio 4 y 5.
- (sesión 2) Julio 22 - Agosto 9

Febrero 19: Inscripción para campistas de verano 2023 y miembros de depues de escuela 2023-2024

Marzo 4: Inscripción abierta para todos

**** LAS SOLICITUDES SOLO SE PUEDEN ENTREGAR EN PERSONA (1010 MLK JR. PKWY, DURHAM). NO ACEPTAREMOS SOLICITUDES ENVIADAS POR CORREO ELECTRÓNICA. SI ESTA FUERA DEL ESTADO LLAME A REGINA LINDSAY AL 919-687-4517.**

Nota: Viajes serán frecuentes durante el verano. Si hay un costo asociado con cualquier viaje en particular, el costo será responsabilidad de los padres.

Poliza de Devoluciones: No hay reembolsos después de la primera semana de cada período de sesiones de verano. No hay reebolsos para cuto anual y de inscripcion.

Por favor completar y adjuntar una copia de ultimo bolete de calificaciones de su hijo (Entregar la cuarta boleta de calificaciones el 16 de junio). Nota: Aplicación es incompleta hasta que tengamos la bolete de calificaciones y se paga todas las cuotas.

Nombre de Hijo/a*: (Primero) _____ (Apellido) _____

Dirección: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Raza/Ethnia: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Dirección electrónico: _____

Nombres de los padres: (Primero) _____ (Apellido) _____

Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____



Durham | Craig Gomains
(919) 687-4517 | www.bgcdoc.org

Información de Escuela

Escuela (otoño 2024): _____ Grado (otoño 2024): _____

Educación especial, IEP, ayuda con el plan de estudio: (por favor círculo): Sí No

Información Médica

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Compañía de Seguros: _____

Permiso para el Médico/Hospital: Sí No

Su familia tiene seguro de salud?: Sí No Medicaid?: Sí No

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Problemas de Salud o Comportamiento (**Por favor, sea honesto y comparta cualquier diagnóstico, lucha, desencadenantes o información útil para que el personal pueda ayudar mejor a su hijo. Si BGCDOC hace un descubrimiento de comportamiento / salud que no estamos calificados o equipados para manejar la membresía de sus hijos puede ser revocado**): Sí No Si? Explicar:

Tomar Medicación: Sí No Alegeria de Comida: Sí No Si?Explicar: _____

Información Sobre el Hogar:

El miembro vive con: (por favor círculo todo que aplica) Madre, Madre de paso, Padre, Padre de paso, Abuelos, Padre fomentar, Otro: _____

Jefe de Hogar: Femenino Masculino

Familia Monoparental: Sí No

Número de Personas en Hogar: _____

Número de Hermanos: _____ Edad: _____ Número de Hermanas: _____ Edad: _____

Ingreso Anual por hogar: _____

Familia Militar: Si No



Durham | Craig Gomains
(919) 687-4517 | www.bgcdoc.org

Qué Tipo de Actividades te Interesar? () Los Deportes () Música () Artesanías () Programas Educativo () Actividades de Grupo () Tecnología () Otro (por favor haga una lista)_____

Que tema en la escuela es el niño más fuerte en? _____

Que tema en la escuela es el niño más débil en? _____

Han repetido un grado? Sí No Sí,? Cual grado?

Su hijo recibe almuerzo gratis o reducido? Sí No Sí, Gratis Reducido

Información de Contacto Emergencia (Las personas autorizadas para recoger miembros)

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ M F

Fecha de Nacimiento: _____ M F

Dirección: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Relación: _____

Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ M F

Fecha de Nacimiento: _____ M F

Dirección: _____

Dirección: _____



Durham | Craig Gomains
(919) 687-4517 | www.bgcdoc.org

Consentimiento de actividad y fotografía

Todos los miembros deben presentar boletas se distribuyen por escuela de cada miembro de la escuela. Toda la información se mantiene confidencial. Esta información es utilizada para fines de concesión.

Autorizo mi niño _____ asistir a todos los viajes de campo John Avery. BGCDOC se reserva el derecho a restringir los estudiantes a excursiones basadas en mal comportamiento o bajas calificaciones.

Doy BGCDOC el derecho o capacidad para otorgar fines de recopilar información tales como altura, peso e IMC. Toda la información es confidencial y BGCDOC se respete todas pautas HIPAA.

Por la presente doy mi permiso de niño a asistir y participar en las actividades patrocinadas por la BGCDOC de Durham. Desligo la BGCDOC, sus empleados, asociados y colaboradores de la responsabilidad de cualquier lesión, pérdida o robo ocasionado por mi hijo durante su participación. Aquí en BGCDOC no somos responsables de objetos perdidos o robados, por otra parte, autorizo a examen médico y tratamiento de emergencia para mi hijo por un médico calificado autorizado en caso de accidente.

Más doy permiso para ver la foto de mi hijo ser utilizado en cualquier BGCDOC publicación o publicaciones exterior que BGCDOC pueden suscribirse también. También permitir que la foto de mi hijo ser utilizado en sitios de redes sociales tales como (pero no limitado a) Twitter, Instagram y Facebook bajo las cuentas de BGCDOC.

Sí ___ No ___ Padres inicial _____

Mi firma indica que entiendo completamente las declaraciones anteriores:

Padres Firma: _____

Fecha: _____

Permiso para administrar medicamentos (si es necesario)

Doy permiso a mi hijo para que le administren el siguiente medicamento:

Nombre del niño: _____

Nombre de la medicación: _____ Fecha de caducidad: _____

Dosis: _____ Refrigerar

Fechas a dar: _____

Tiempos a dar: _____

Sólo emergencia

Instrucciones especiales:

Firma de padres: _____ Fecha: _____