



Campamento de Verano El Biho

SOLICITUD DE MATRICULA

Empleado UPRH: Docente No Docente Comunidad Sistema UPR Cuido Extendido Otros

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Nombre participante: _____ Edad: _____

Apellidos

Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Genero: F M

Dirección Res: _____ Direccion Postal: _____

Nombre Padre o Encargado: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel: _____

TEL. Residencial: _____ Movil: _____ Email: _____

Nombre Madre o Encargada: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel: _____

TEL. Residencial: _____ Celular: _____ Email: _____

¿Con quien vive regularmente el niño(a)? _____

Persona(s) a contactar en caso de emergencia al no conseguir comunicación con los padres o encargados:

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el Niño(a): _____

Relación con el Niño(a): _____

TEL. _____

TEL.: _____

¿Tiene usted una orden judicial o documento legal que restrinja el acceso al niño(a) a una persona(s)?

SI Nombre de la Persona _____ Parentesco con el niño(a) _____

NO (Si la repuesta es SI, debe presentar la orden o documento.)

Indique nombres de personas autorizadas a recoger al campista. Estos necesitan presentar un ID con foto. De no hacerlo el niño(a) **NO** será entregado.

Nombre: _____ parentesco: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ parentesco: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ parentesco: _____ Tel.: _____

TODA SOLICITUD DEBE VENIR ACOMPAÑADA DE COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

Certificado de Nacimiento Certificado de Vacunas Hoja Examen Médico 1 foto 2 x 2

LA SOLICITUD NO SERA ACEPTADA SIN LOS DOCUMENTOS SIN DISTINCION DE PERSONA

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Nombre participante: _____ Edad: _____
Apellidos Nombre

- ¿Tiene su hijo(a) historial de alguna enfermedad que debamos conocer?** Si No
- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Disparidad Visual |
| <input type="checkbox"/> Disparidad Auditiva | <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Condición Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Dieta Especial | <input type="checkbox"/> Otros | |

Explique: _____

- ¿Tiene su hijo(a) algún impedimento físico o mental?** Si No

Explique: _____

- ¿Esta su hijo(a) en tratamiento médico actualmente?** Si No

Explique: _____

¿Cómo interactúa su hijo(a) con los demás? _____

Indique cualquier otra condición o comportamiento que usted entienda que debemos conocer entre:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retraído(a) | <input type="checkbox"/> Tímido(a) | <input type="checkbox"/> Frustración | <input type="checkbox"/> Muerde |
| <input type="checkbox"/> Atención Corta | <input type="checkbox"/> Manipulador (a) | <input type="checkbox"/> Hiperactivo(a) | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____ |

Describa la manera que usted maneja este comportamiento _____

- ¿El niño(a) estará tomando medicamentos durante las horas del Campamento?** Si No

Cual (es)? _____

Nombre del Médico del Niño(a): _____ Tel.: _____

- ¿Tiene seguro médico (el niño)** Si No **¿Cuál** _____ **#Plan** _____

Nombre del asegurado principal _____
Iniciales _____

En aquellas circunstancias de emergencia, por enfermedad o accidente, en caso de no localizar a los padres, tutores o la persona de contacto, delego la responsabilidad sobre la dirección del campamento o en quien esta delegue para procurar asistencia medica y trasladar a mi hijo(a) a un centro hospitalario.

Firma del padre o encargado _____ Fecha _____

TODA SOLICITUD DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Certificado de Nacimiento Certificado de Vacunas Hoja Examen Médico 1 foto 2 x 2

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Nombre participante: _____ Edad: _____
Apellidos Nombre

Autorizo al (la) campista a participar en el programa del Campamento de Verano El Búho de la Universidad de Puerto Rico en Humacao. Esta autorización, representa mi aceptación del programa instalaciones, equipo y supervisión. Además, entiendo que hay ciertos riesgos inherentes a la participación en las actividades recreativas del Campamento El Búho. Antes de cualquier participación, tengo la oportunidad de inspeccionar las instalaciones o el equipo y notificarle al instructor cualquier objeción al uso de la instalación, equipo o supervisión y tengo la opción de permitir o no libremente que mi hijo(a) participe en dicho programa o actividad. Eximo al Campamento de Verano El Búho de la Universidad de Puerto Rico en Humacao, de cualquier responsabilidad o reclamaciones relativas a la negligencia o la supervisión del personal, instalaciones o equipos utilizados en el programa o actividad arriba mencionado.

Firma del Padre/Madre o Encargado: _____ Fecha: _____

Al cumplimentar este formulario, manifiesto que la información aquí expuesta es cierta, y que no he ocultado ningún dato que pueda ser relevante para preservar la salud y la seguridad de mi hijo(a) o para el resto de los participantes.

Además doy mi consentimiento a la dirección del campamento para que publique en su página de Internet, videos, promociones y en otros medios audiovisuales las imágenes que se tomen durante las diversas actividades del Campamento donde pueda aparecer mi hijo(a).

Iniciales _____

Entiendo ****NO**** habrá reembolso por concepto de matrícula luego de pasados cinco días de comenzado el campamento.

Iniciales _____

ACUERDO SERVICIO DE CUIDO EXTENDIDO

Me comprometo a cumplir con el acuerdo y recoger al campista en el horario acordado de 3:30 a 5:30 pm; y a cumplir con las condiciones establecidas en esta solicitud. Entiendo que el incumplimiento de dichas condiciones conllevara una multa de \$20.00 fracción de hora (cada 15 minutos) luego de las 5:30 pm. La cantidad correspondiente deberá ser pagada dentro de los dos (2) días laborables subsiguientes a la fecha de la notificación de la multa, en la Oficina de Recaudaciones de la UPR en Humacao. De no presentar evidencia del pago (recibo oficial) a la persona a cargo del cuidado dentro de este término, no se le recibirá el o la campista en la mañana del día siguiente y/o hasta tanto no presente la evidencia requerida.

Además, relevo de toda responsabilidad al Campamento de Verano El Búho y a su personal por cualquier suceso, incidente o daño que ocurra luego de finalizar el horario del servicio de cuidado extendido, y me comprometo a pagar cualquier y todo daño o reclamación que se cause por los actos de mi hijo por mi incumplimiento.

Firma Padre/Madre o Encargado: _____ Fecha _____

NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES QUE NO VENGAN ACOMPAÑADAS DE COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

Certificado de Nacimiento

Certificado de Vacunas

Hoja Examen Medico

1 foto 2 x 2

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

EXAMEN MEDICO

NOMBRE _____

Genero F M Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Presión Arterial: _____ Hemoglobina: _____ Urinalisis: _____

Inmunizaciones: Copia del record de vacunas. Debe tener todas las vacunas. Si por alguna razón le falta alguna, favor de indicarlo y explicarlo.

Recomendaciones y Restricciones durante el Campamento:

- Medicamentos _____
- Alergias _____
- Dieta Especial _____
- Natación _____
- Actividades Vigorosas _____

Certifico que he examinado a _____ y en mi opinión está físicamente apto(a) para realizar las actividades del Campamento, excepto las mencionadas previamente.

Nombre del Médico

Firma del Médico

Número de Lic.

Fecha