



# Campamento de Verano *El Biho*

## SOLICITUD DE MATRICULA

Empleado UPRH     Comunidad     Sistema UPR     Cuido Extendido

### 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 habitualmente 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 respuesta 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