



Por favor, completar estos formularios y devuelvalos a:
 1545 HOTEL CIRCLE SOUTH, SUITE 300
 SAN DIEGO, CA 92108
 DEAFCOMMUNITYSERVICES.ORG/DYLC
 DYLCAMP@DCSOFSD.ORG
 P: 619/550.3435
 FAX: 619/398.2444

DCS LITERACY CAMP

Solicitud de Campista - Agosto 2 - 8, 2020

Nombre

Primer Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____ Apellido _____ Nombre de Preferencia _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad al iniciar el curso _____

Sexo Masculino Femenino

Pronombre Preferido _____

Talla de Camisa (seleccione una) Niño Adulto XS S M L XL XXL

Teléfono/Videoteléfono _____

Correo Electrónico _____

¿Cómo se enteró de nuestro programa?

Información de Padre de Familia/ Guardián

Nombre de Padres de Familia/Guardián _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono/Videoteléfono _____

Tel. de Día _____ Tel. de Noche _____

Fax (casa o trabajo) _____ Otros teléfonos importantes _____

Correo Electrónico _____

Referencia en Caso de Emergencia (por favor indique la información del adulto a contactar en caso de emergencia, en caso de que usted no esté disponible)

Nombre _____ Relación _____

(Area) Tel. de día _____ Tel. de noche _____ Tel. para mensaje de texto _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información general

¿Ha participado anteriormente en un campamento? Si No

Si contestó Si, mencione el nombre del campamento _____

Favor de describir las habilidades de natación del solicitante:

Favor de describir el programa educativo/académico del solicitante:

¿Cuáles son algunos de los pasatiempos o intereses extra curriculares del solicitante?

Mencione cualquier asistencia adicional requerida para el solicitante (Nota: El sitio de campamento no es accesible para sillas de ruedas)

¿Con la proporción de 1 empleado por cada 6 campistas será suficiente para cumplir las necesidades del solicitante, o será requerida más supervisión? _____

¿El o la Campista padece de problemas sanitarios; es decir, mojar la cama o algún otro requisito?

Si No Si contestó Si, favor de explicar: _____

Información de Comunicación

¿Utiliza aparatos auditivos el o la solicitante? Si No

Instrucciones Especiales para el uso de aparatos auditivos o cualquier otro dispositivo de asistencia

¿Sabe lenguaje de señas el o la Solicitante? Si No
(Nota: Lenguaje de Señas es el modo de comunicación principal en el campamento)

Favor de indicar el modo de comunicación principal del solicitante: (Indique todos los que aplica)

ASL Señas con Voz Inglés hablado LSM Otro: _____

¿El o La Solicitante tiene un implante coclear? Si No Si es el caso, ¿Cuáles son algunas de las restricciones que se le puedan presentar al Solicitante al llevar a cabo las actividades del campamento?

Acuerdo de Indemnización

Estoy de acuerdo en indemnizar y defender el programa de DCS Literacy Camp y sus respectivos empleados, agentes y representantes en contra de cualquier y todas obligaciones, reclamos o demandas que puedan surgir en contra de cualquiera o todos ellos en conexión con la participación del solicitante en DCS Literacy Camp. Esto incluye, mantener DCS Literacy Camp inocuo a cualquier lesión que le pueda ocurrir al Solicitante durante el transporte/viaje antes de llegar a las instalaciones del campamento o al regreso a casa después de retirarse de DCS Literacy Camp.

FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN

FECHA

Expectativas de Comportamiento

He leído lo anterior con mi hijo o hija y comprendemos y aceptamos estas condiciones. Si mi hijo o hija está teniendo dificultad para adherirse a las expectativas de comportamiento apropiado, se les sugerirá a modificar sus comportamientos. Sin embargo, si el comportamiento inadecuado continúa, el campista tendrá que estar de acuerdo con un contrato de comportamiento y, en última instancia, se le pedirá que regrese a casa. Al cumplir con estas expectativas del campamento, prevemos una semana de colaboración positiva y divertida.

FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN

FECHA

AUTORIZACIÓN, RENUNCIA Y MODELO DE LIBERACIÓN

Por la presente le concedo a Deaf Community Services of San Diego, Inc., y personal autorizado, videógrafos, fotógrafos y representantes de los medios de comunicación, el permiso para mostrarme y/o mi hijo/a en la ejecución de una actividad. Al mismo tiempo, garantizo el derecho de autor, uso y publicación de registros de videos, impresiones fotográficas o cualquier otra reproducción de todos los negativos, vídeos o películas hechas de mi o de mis hijos/as en cualquier lugar o tiempo y hacer uso de impresiones fotográficas u otras reproducciones de todos o parte de dichos negativos o videos, ya sea en conjunción con o sin su nombre, y hacer cualquier cambio o adición a la misma, o ambos para su publicación y exhibición ya sea en relación con un nombre ficticio, copia testimonial o de otra manera. Por la presente, libero a Deaf Community Services of San Diego, Inc., y a sus fotógrafos y representantes de los medios de comunicación, de cualquier reclamación, daño o causa de acción que surja, directa o indirectamente, en relación con el desempeño y uso del material previamente mencionado. Tengo entendido y acepto que no recibiré dinero u otro pago por dar este permiso. Igualmente, entiendo que tengo el derecho a solicitar que mi(s) fotografía(s) sean eliminadas en cualquier momento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido el significado de esta Carta de Autorización de uso de imagen o de video.

PARENT(S)/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE(S)

DATE

TODOS LOS CAMPISTAS Y SUS PADRES O GUARDIANES DEBERAN DE FIRMAR EL DOCUMENTO QUE INDICA LAS NORMAS EN CONTRA DEL ACOSO ESCOLAR (BULLYING) BAJO EL REGLAMENTO DE DCS LITERACY CAMP. DCS LITERACY CAMP TIENE CERO TOLERANCIA PARA EL ACOSO ESCOLAR (BULLYING).

CUALQUIER CAMPISTA QUE NO HAYA TENIDO UN EXAMEN FISICO EN LOS ULTIMOS 24 MESES ANTES DEL INGRESO AL CAMPAMENTO, TENDRA QUE OBTENER UN EXAMEN FISICO JUNTO CON EL FORMULARIO FIRMADO POR EL MEDICO.

Comentarios de Padre/Guardián sobre la solicitud

(Comentarios sobre las habilidades de comunicación, sociales y de grupo del solicitante. Favor de indicar cualquier inquietud para que el campamento pueda proveer los servicios adecuados para el solicitante/campista)

Autorización Escolar

Por la presente, doy autorización de que la escuela de mi hijo o hija comparta información en referencia del comportamiento de mi hijo o hija con DCS Literacy Camp.

Firma de Padre/Guardián

Nivel de Grado Escolar

Nombre de Escuela y Persona a contactar

Tel. de Escuela

Autorización de cuidados médicos (Favor de adjuntar tarjeta de seguro médico)

Por la presente, doy el permiso a DCS Literacy Camp para contactar a un médico o cualquier otro servicio de emergencia, y para que el mismo médico y hospital pueda brindar los servicios adecuados, incluyendo cuidados quirúrgicos para mi hijo o hija (nombre completo) _____, en caso de una emergencia. Se entiende que DCS Literacy Camp hará un esfuerzo consciente para contactar a los Padres de Familia/Guardian y/o cualquier contacto de emergencia que haya mencionado anteriormente en el contrato antes de emprender cualquier acción. Acepto los gastos del tratamiento médico o quirúrgico.

Firma de Padre/Guardián

Nivel de Grado Escolar