



## Camp Sol of the Deaf, Inc

Location -3506 Palisade Avenue, Apt 2, Union City, NJ 07087

Videophone – 267-331-4308

Email – csdnj2016@gmail.com

Website – www.campsolofthedeaf.org

**Llene un formulario para cada campista / hacer copias según sean necesarias / escriba la información clara y en letra de molde.**

### Informacion del campista:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado escolar para el próximo año escolar: \_\_\_\_\_ escuela \_\_\_\_\_  
Género: masculino \_\_\_ femenino \_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_ Si el/la campista no vive con sus padres, quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_ Custodia Fisica \_\_\_\_\_ ¿Había participado en este campamento anteriormente? \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_ ¿Ha participado en otros campamentos? \_\_\_ Luga \_\_\_\_\_

**Camisetas-indique el tamaño:** Juvenil S \_\_\_ Juvenil Mediano M \_\_\_ Adulto pequeño S \_\_\_ Adulto Mediano M \_\_\_ Adulto grande L \_\_\_ Adulto extra \_\_\_ grande XL \_\_\_ Adulto doble extra \_\_\_ grande XXL \_\_\_

**Nombre completo del padre, madre o guardián legal 1:** \_\_\_\_\_ Parentesco con campista \_\_\_\_\_ teléfono: Número de: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Número de teléfono alternativo : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Nombre completo del padre, madre o guardián legal 2:** \_\_\_\_\_ Parentesco con campista \_\_\_\_\_ telefono: Número de: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Número de teléfono alternativo : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

### Las formas de pago aceptables son: PayPal y cheque personal

Se requiere un depósito no reembolsable de \$ 75.00 para cada solicitud.

1. **Paypal** más tarifa del 3
2. **Cheque personal o giro postal**

Haga el cheque a nombre de: Camp Sol of the Deaf, Inc, 3506 Palisade Avenue, Apt 2, Union City, NJ 07087

Cheque numero # \_\_\_\_\_ Monto: \$ \_\_\_\_\_

### **Depósitos, cargos y reembolsos:**

Las reglas de admisión y participación en Camp Linwood son iguales para todos sin distinción de raza, color, religión, sexo, discapacidad u origen nacional. Se entiende que todos los campistas serán tratados como individuos y respetados por las diferencias razonables en gustos, preferencias, habilidades y variedad de patrones de comportamiento. Las tarifas del campamento no son reembolsables si un campista se va debido a la nostalgia, el despido o el retiro voluntario.

Camp Sol of the Deaf, Inc se reserva el derecho de retirar a cualquier campista del campamento cuyas necesidades especiales no puedan cumplir o cuya conducta no sea lo mejor para el campamento total, sin reembolso alguno.

El depósito debe acompañar el formulario de registro para que sea válido. Los honorarios inferiores a cualquier beca otorgada deben pagarse un mínimo de dos semanas antes de la participación en el campamento. Los reembolsos se proporcionan en caso de enfermedad grave o asistencia obligatoria a la escuela de verano, que se puede demostrar que prohíben reprogramar la sesión a una fecha posterior. No se otorga reembolso si un niño se retira del campamento por razones disciplinarias.

### **Permiso para la inscripción de menores (menos de 18 años de edad y relevo de responsabilidad y acuerdo de indemnización)**

Soy un adulto mayor de 18 años y estoy debidamente autorizado para otorgar el permiso para (**nombre del niño**): \_\_\_\_\_ para participar en todas las actividades Camp Sol of the Deaf, Inc y para relevar el CSD y sus miembros del personal de toda responsabilidad por cualquier lesión, pérdida y / o daño conectados de cualquier manera con la participación en actividades de CSD ya sea dentro o fuera de las instalaciones de CSD / YMCA. Reconozco el hecho de que existe un peligro inherente asociado con la participación en las actividades de CSD. Certifico que (**nombre del niño**) \_\_\_\_\_ es capaz de participar en una experiencia de recreación activa. Entiendo que en cualquier momento él / ella puede optar por no participar en una actividad. Entiendo que incluso con todas las precauciones razonables tomadas, los accidentes a veces

pueden ocurrir. Estoy de acuerdo en mantener indemne y culpable e indemnizar a CSD, empleados (exentos y exentos), voluntarios, Junta de Fideicomisarios, contratistas independientes, subcontratistas, personas relacionadas, amigos, visitadas, asociadas, contratadas o allanando en nombre de la CSD, incluidos sus herederos, albaceas y administradores debido, entre otros, a cualquier accidente, evento o acto de

Dios, lesión o angustia, física o de otro tipo, que pueda recibir o experimentar al usar o acceder o estar cerca de la CSD / YMCA de las instalaciones Linwood MacDonald del campamento de Newark y alrededores. Esto se extiende al acceso / uso / proximidad permitido y no permitido, así como al acceso / uso / proximidad autorizado y no autorizado.

Acepto expresamente que esta Exención y Exención de Responsabilidad e Indemnización tiene la intención de ser lo más amplia e inclusiva que permita la ley del Estado de Nueva Jersey y que si alguna parte se considera inválida, se acuerda que el saldo deberá , a pesar de continuar en pleno vigor y efecto legal. Como lo exige la Ley Estatal de Nueva Jersey, autorizo a mi hijo a manejar y disparar un arco y una flecha, y a participar en viajes fuera del campamento. Mi firma indica la aceptación de las políticas de CSD

**He leído y estoy voluntariamente firmando para indicar mi acuerdo y autorización**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o guardián legal / Nombre en letra de molde del padre o guardián legal / Fecha

Relacion con el niño/a: \_\_\_\_\_

**PERMISO A LA VIDEOTAPIA Y FOTOGRAFÍA**

- Por la presente, doy permiso para que (nombre del niño) \_\_\_\_\_ sea grabado en video y / o fotografiado mientras participo en los programas y actividades de CSD. Entiendo que las videograbaciones y las fotografías se utilizarán solo con fines educativos, de capacitación y promocionales. Puedo revocar este permiso en cualquier momento enviando una carta a CSD con una copia de una fotografía con fines de identificación para minimizar el uso accidental de su imagen.
  
- No concedo permiso para que (nombre del niño) \_\_\_\_\_ se filme y / o fotografíe mientras participo en programas y actividades de CSD. He proporcionado una fotografía etiquetada con fines de identificación para minimizar el uso accidental de su imagen.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o guardian legal / Nombre en letra de molde del padre, madre o guardian legal/ Fecha

**Enviar el formulario de inscripción y deposito a:**

Camp Sol of the Deaf, Inc  
3506 Palisade Avenue, Apt 2  
Unión City, NY 07087