



Formulario de registro

Requerido para todos los adultos y estudiantes

Favor de copiar y devolver el formulario completado al personal de la escuela cuanto antes

Nombre de la escuela _____ Fecha del viaje _____

Nombre del estudiante _____

Género _____ Fecha de nacimiento del estudiante _/_____/_____

Raza (solo para informes) _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de trabajo (____) _____ Celular u otro (____) _____

Correo electrónico _____

____ Marque aquí si desea recibir ocasionalmente correos electrónicos de Tremont sobre próximos programas, eventos y noticias.

En caso de emergencia, favor de notificar a:

1º prioridad : Nombre _____ Teléfono (____) _____ Relación con estudiante: _____

Suplente: Nombre _____ Teléfono (____) _____ Relación con estudiante: _____

Tremont busca que cada niño tenga una experiencia de campamento gratificante y pueda participar en actividades físicamente exigentes. Si su hijo tiene alguna **condición médica** que pueda limitar su capacidad para disfrutar de todo lo que Tremont tiene para ofrecer, le rogamos que nos lo comunique lo antes posible para que podamos discutir si hay maneras razonables de modificar nuestros programas y actividades para que su hijo disfrute de una experiencia segura y agradable. _____

¿Tiene su hijo alguna restricción alimenticia? (En caso de alergia a algún alimento, describa la gravedad: ingestión, contacto, transmitida por aire) _____

¿Tenemos permiso de administrar: Acetaminofén sí/no Ibuprofeno sí/no Benadryl? sí/no

¿Hay algún medicamento que deba administrarse durante su estancia? sí/no Si aplica, describa cuál _____

Nombre del médico familiar _____ Nombre del dentista/ortodoncista _____

¿Tiene seguro médico familiar/hospitalario? sí/no Proveedor de seguro _____

Grupo # _____ Número de póliza # _____

Si su hijo necesita ser recogido por otra persona que no sea el colegio, ¿hay alguna restricción? _____

Comentarios/sugerencias adicionales de los padres: _____

Importante: Por favor notifíquenos si el estudiante estuvo expuesto a alguna enfermedad contagiosa dentro de las 3 semanas anteriores a la fecha de inicio del programa.

Autorización de los padres: Como padre o tutor legal, he descrito todas las condiciones médicas que podrían limitar a mi hijo de ser capaz de disfrutar plenamente y experimentar las actividades de Tremont. La persona aquí descrita tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas del campamento, excepto las que yo señale. Por la presente doy permiso al médico seleccionado por el maestro de la escuela o el personal de Tremont para ordenar radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo. En caso de que no se me pueda localizar en caso de emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el maestro de la escuela o el personal de Tremont para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones y/o anestesia y/o cirugía para mi hijo según lo mencionado anteriormente. Queda expresamente entendido y acordado que Tremont no será responsable de ninguna pérdida de propiedad personal ni de ninguna lesión corporal, ni de los resultados de las mismas, incurridos y sufridos por el alumno o en relación con cualquier actividad o programa, a menos que dicha pérdida o lesión resulte directamente del acto negligente o intencional de un empleado de Tremont que actúe dentro del ámbito de su empleo. Autorizo el uso de la imagen y semejanza (es decir, foto, video, nombre, citas) de mi hijo en publicaciones de Tremont. Reconozco que la información de este formulario puede ser utilizada para informes de diversidad, aunque la información de identificación individual del formulario no será compartida.

Firma _____ Fecha _____