



www.HeartsForAutismLC.Com

Director del Campamento: Tony Bobadilla, Ph.D. 915-820-4416

Felicia Olivas: 575-526-6682

Camp New Amigos
Aplicación Consejero Juvenil 2018

Fecha del Campamento: Junio 4 – 15, 2018

Los aplicantes pueden ser aceptados entre las edades de 10 a 18 años

Notificación de aceptación antes del 15 de Mayo

Enviar la aplicación a:

Felicia Olivas

Correo electrónico: folivas@aitkids.com

Fax: 575-523-7254

Correo postal: Hearts for Autism

P.O. Box 2578,

Las Cruces, NM 88004

Por favor seleccione la talla de la playera:

Niño: Chica Mediana Grande

Adulto: Chica Mediana Grande X-Grande

* Nota: Si no selecciona la talla de la playera, se le seleccionará una. Se pueden comprar playeras adicionales por \$20. Por favor indique la talla.

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------|
| Nombre: | Apellido: | |
| Apodo: | Nombre para la Identificación: | |
| Fecha de Nacimiento: | Edad: | Sexo: |
| Estatura Aproximada: | Peso Aproximado: | |
| Dirección: | | |
| Ciudad, Estado, Código Postal: | | |

Información del Padre/Tutor:

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| Nombre del Primer Contacto: | |
| Correo Electrónico: | |
| Teléfono Celular: | Teléfono Alternativo: |
| Nombre del Segundo Contacto: | |
| Correo Electrónico: | |
| Teléfono Celular: | Teléfono Alternativo: |

Información del Transporte:

| |
|--|
| Persona(s) Autorizada(s) para recoger al niño(a): |
| Persona(s) NO Autorizada(s) para recoger al niño(a): |

* Nota: Si alguien no está autorizado para recoger al niño(a) se debe incluir en el formulario el documento legal apropiado.

Información Médica:

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| Médico del niño(a): | Número de Teléfono del Médico: | |
| Alergias: | | |
| Medicamentos tomados en el hogar: | | |
| IMPORTANTE: Los consejeros de Camp New Amigos no pueden administrar ningún medicamento. | | |
| Fecha de la última vacuna contra el Tétano: | | |
| ¿Está disponible para la fecha del campamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

Explique por qué desea ser consejero(a) del campamento:

¿Por qué está interesado(a) en trabajar con niños con Autismo?

Mencione otros intereses recreacionales:

¿Sabe nadar? Si No

¿Se siente comfortable nadar en aguas profundas?

Si No

¿Se siente comfortable con los kayaks? Si No

Mencione cualquier talento o habilidad especial (bilingüe, música, teatro, montar a caballo, etc.):

Certificaciones o Intereses Especiales (Seleccione todos lo que apliquen – siglas en inglés):

CPR Pediátrico Primeros Auxilios Pediátricos AED Pediátrico

CPR Adulto Primeros Auxilios Adultos AED Adulto

Salvavidas Instructor de Tiro con Arco Certificado NASP

Otro(s): _____

CPR - Respiración Cardiopulmonar

AED – Desfibrilador Externo Automático

NASP – National Archery in the School Program - Programa Escolar Nacional de Tiro con Arco

Por favor escriba una autobiografía breve para incluir en el paquete de información para los padres:

Consentimiento para Video y Fotografía con Flash

Yo, _____ Por medio de la presente doy consentimiento a mi hijo(a), _____, para ser fotografiado(a) y/o grabado(a) en video para la publicidad de Camp New Amigos y otros propósitos del campamento. Entiendo que no hay compensación económica por estas fotografías y/o videos.

Firma del Padre o Tutor:

Nombre del Niño(a) y Edad:

Renuncia y Liberación de Responsabilidad

Hearts for Autism Fund at the

Community Foundation of Southern New Mexico

(Fundación Hearts for Autism y la Fundación Comunitaria del Sur de Nuevo México)

Camp New Amigos – Campamento de Verano de Autismo

Junio 4 – 15, 2018

Es de mi conocimiento que como participante oficial en este evento existe algún riesgo de peligro inherente envuelto; realizando plenamente esta posibilidad, me comprometo a actuar de manera prudente y responsable. En caso de que sufriera una lesión o de otra manera tener motivos de queja relacionados de alguna manera con el evento Camp New Amigos, estoy de acuerdo, con mi firma, a indemnizar y no hacer responsables a Hearts for Autism Fund, Community Foundation of Southern New Mexico, sus funcionarios electos, empleados y agentes de cualquier y todos los reclamos, acciones, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluyendo los honorarios de abogados que surjan de, en relación con, o como resultado de mi participación en el evento. Además, entiendo y estoy de acuerdo que al firmar esta declaración de consentimiento estoy renunciando y entregando para siempre cualquier derecho de acción legal que pueda derivarse de mi participación en el evento Camp New Amigos.

Además, es de mi conocimiento que debo tener un seguro médico apropiado para cubrir cualquier accidente o lesión que pudiera sufrir como resultado de mi participación en el evento Camp New Amigos.

| | |
|---|--------|
| Nombre del Participante: | Fecha: |
| Nombre del Participante: | Fecha: |
| Nombre del Participante: | Fecha: |
| * Nota: Si un menor está participando en este evento, el tutor legal debe indicar el nombre del menor y firmar como el adulto legalmente responsable. | |
| Firma: | Fecha: |