



www.heartsforautismc.com

Contactar: Directores de Camp New Amigos
Courtney Degler, Alice Jones, Hilda Salcedo
Email: HeartsforAutismLC@gmail.com

FORMULARIO

DE INSCRIPCION

VERANO 2019

Inscripción antes del 5 de abril del 2019

Campamento es junio 3-7 2019 (edades 12-17)

junio 10-14, 2019 (edades 6-11)

Horario 9:00 a – 2:20 p

**Lugar: Frank O’Brien Papen Center
304 Bell Ave., Las Cruces, NM 88005**

Por favor de seleccione el tamaño de la playera para su hijo(a):

TALLA DE NINO: C M G

TALLA DE ADULTO: C M XG XXG XXXG

***Por favor de seleccionar talla, si no hay selección,
no se garantiza playera.**

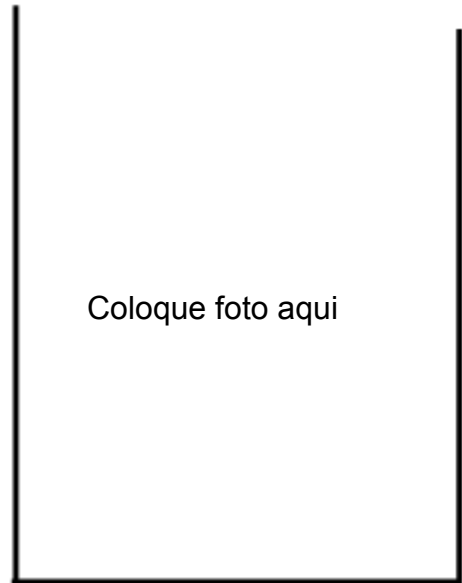
Costo del campamento: \$75.00

Becas disponibles: por favor contactar a Hearts for Autism LC

Presentar su solicitud junto con la inscripción a:

Email: CampHeartsfor AutismLC@gmail.com

Mail: Hearts for Autism, PO Box 2578 Las Cruces, NM 88004



Pagar por cheque o Money Order: CSFNM (Community Foundation of Southern New Mexico)

O

Pagar con tarjeta de crédito (ver formulario)

CAMPISTA/INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del campista _____ Apellido _____

¿Cual es el nombre que su hijo(a) responde para su etiqueta de identificación? _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

Escuela Actual _____ Nombre de Maestro(a) _____

Tipo de salón _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____ Telefono _____

INFORMATCION DE LOS PADRES/TUTORES

Primer Contacto _____ Parentesco _____

Correo electrónico _____ tel. celular _____ tel. trabajo _____

Segundo contacto _____ Parentesco _____

Correo electrónico _____ tel. celular _____ tel. trabajo _____

Idiomas hablados en el hogar _____

INFORMACION DE TRANSPORTACION

Persona autorizada para recoger a su hijo(a) _____

Persona autorizada para recoger a su hijo(a) _____

INFORMACION MEDICA

Nombre de medico _____

Teléfono del medico _____

¿Cuáles son los diagnósticos primarios de su hijo(a)? Por favor proporcione evidencia de un diagnóstico de trastornos del espectro autista, un estudio psicoeducativo, informe de evaluación de una agencia externa, o el Programa de educación individualizado (IEP) de su hijo(a). _____

Alergias _____

Medicamentos tomados en el hogar _____

*Los consejeros de Camp New Amigos no pueden administrar NINGUN medicamento.

Fecha de la ultima vacuna contra el tétano _____

Lesiones o enfermedades que pudieran limitar la actividad física de su hijo(a) o la participación en los programas del campamento. _____

Por favor, proporcione cualquier otra información de importancia a fin de salvaguardar la salud de su hijo(a).

¿Necesita su hijo(a) equipo de seguridad al nadar como chaleco, tapones para los oídos, etc? _____

¿Cuáles son las actividades que su hijo(a) encuentra desagradables? (Ejemplos: lugares ruidosos, lugares llenos de gente, playa, cine, etc) _____

¿Cuáles son las actividades que su hijo(a) disfruta especialmente? _____

¿Cuáles son los proyectos favoritos de arte o manualidades que a su hijo(a) le gustan? _____

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

¿Su hijo(a) puede comunicar sus deseos y necesidades?

Si _____ No _____ o con gestos, señas describa: _____

¿Su hijo(a) usa algún sistema de comunicación?

Si _____ No _____ describa: _____

¿Su hijo(a) pide ayuda?

Si _____ No _____ describa: _____

¿Su hijo(a) sigue instrucciones simples? Si _____ No _____

¿Su hijo(a) requiere de indicaciones o gestos? Si _____ No _____ ejemplos: _____

NECESIDADES DE COMPORTAMIENTO

¿Su hijo (a) esta propenso a trastornos emocionales o berrinches? Si _____ No _____

¿Como podemos ayudar a su hijo(a) si el/ella se molesta? _____

Su hijo(a)	Nunca	Rara la vez	Alguna vez	Frecuentemente
golpeas a otros con la cabeza				
golpea				
pellizca/rasguña				
patea				
muerde				
escupe				
dice groserías				
corre				
grita				
llora				
se lastima a si mismo				
avienta objetos				
se desviste				
se reusa a caminar				

¿Su hijo(a) puede cambiar de una actividad a otra? Si _____ No _____ comentarios: _____

¿Su hijo(a) presta atención a las advertencias de peligro? Si _____ No _____ ejemplos: _____

¿Su hijo(a) muestra miedo apropiado a situaciones de riesgo? Si _____ No _____ ejemplos: _____

¿Su hijo(a) necesita ayuda para ir al baño? Si _____ No _____ explique _____

****Los campistas tendrán que traer su propia comida (almuerzo y botanas) al campamento si requieren dieta especial. ****

La mejor manera de contactarme durante las horas del campamento es: _____

Firma de padres/tutor _____

Nombre de campista y edad _____

Consentimiento para video y fotografía con flash

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

Firma de padres/tutor _____

Nombre de campista y edad _____

RENUNCIA Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

*Hearts for Autism/Community Foundation
Camp New Amigo - Autism Summer Camp
Junio 2019*

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 tener motivos de queja relacionados de alguna manera con el evento Camp New Amigos – Autism Summer Camp estoy de acuerdo con mi firma, a indemnizar y no hacer responsables a: *Hearts for Autism/Community Foundation* y la Junta de Regentes, sus funcionarios electos, empleados y agentes de cualquier reclamo, acción, demanda, procedimiento, costo, gastos, danos, y responsabilidades, incluyendo los honorarios de abogados que surja 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 para siempre con lo antes mencionado. 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 – Autism Summer Camp 2019.

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 – Autism Summer Camp.

Nombre de campista _____ Fecha _____

Firma de padres/tutor _____

*Si un menor esta participando en este evento, el tuto legal deberá indicar el nombre del menor y firmar como el adulto legalmente responsable.



INFORMACION DE PAGO REQUERIDA

Nombre que aparece en el frente de la tarjeta de crédito: _____

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito:

Dirección _____

Ciudad _____ estado _____ código postal _____

Número de teléfono _____

Numero de tarjeta de crédito _____

Fecha de expiración de la tarjeta _____

Código de seguridad de la tarjeta _____

Cantidad de la donación _____

Entregar la aplicación a

Camp New Amigos

PO Box 2578

Las Cruces, NM 88004

Email: CampHeartsforAutismLC@gmail.com

Directores de Camp New Amigos
Courtney Degler, Alice Jones, Hilda Saledo

Email: CampHeartsforAutismLC@gmail.com