



Campamento de Verano de la Oficina del Sheriff del Condado de San Luis Obispo

Nombre del Estudiante _____ Sexo M ___ F ___
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad ___ Escuela: _____

Grado (que esté actualmente de 5to a 7to grado) _____

Dirección del Hogar: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono (incluya el código de área): (_____) _____ El correo electronico _____

Nombre de la Madre/Guardián: _____ Teléfono durante el día (_____) _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono durante el día (_____) _____

Persona autorizada para cuidar al niño en caso de emergencia, si los padres no pueden ser localizados:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica/alergias/medicamentos que tenemos que tener en cuenta?

Por favor, especifique: _____

Talla de camiseta del estudiante (marque uno): Pequeño (S) ___ Mediano (M) ___ Grande (G) ___ X Grande (XL) ___

#####33#####

¿A qué campamento asistiría usted? Marque uno

Norte (San Miguel) Sur (Nipomo) Costa (Cayucos)

¿Necesitará transporte en autobús? Sí No

#####

Padre/Guardián Legal

Yo, _____, libero a la Oficina del Condado del Sheriff y al Programa de Verano G.R.E.A.T de cualquier y toda responsabilidad relacionada con accidentes, lesiones, o complicaciones que resulten en actividades durante o en el transporte del participante a las actividades.

Yo autorizo a los Líderes del Programa de Verano G.R.E.A.T. para que transporten al participante mencionado arriba al hospital más cercano en caso de lastimadura o sospecha de lastimadura que suceda mientras que esté participando en alguna actividad del programa de verano G.R.E.A.T.

Yo autorizo al medico de cabecera del hospital para que administre cuidado médico profesional de regencia al participante mencionado arriba cuando llegue al hospital.

_____(Iniciales) Todas las imágenes del personal y de los participantes del programa de verano G.R.E.A.T. pueden ser utilizadas para futuros propósitos profesionales.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

CAMPAMENTO ESTA LIMITADA A LOS PRIMEROS 120 INSCRIPCIONES

**Por favor, fax completó la forma al Diputado Mark Fontecchio al (805) 434-4285