



# Camp MayMac Camper/Staff Registration Form

Camp Registrar: P.O. Box 357, Felton, CA 95018 (831) 335-3019 x105



Pickup point

Session Date

Name

Last Name/Apellido _____			First Name/Nombre _____			Middle Initial _____			Agency _____
Street Address/Dirección _____			( ) _____						Scholarship _____
City/Ciudad _____			State/Estado _____			Zip Code/Zona Postal _____			Camp Cost _____
Grade _____			Age _____			Birthdate _____			Deposit _____
Sex <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female			No. in family/familia _____						Balance Due _____
									Date Rec'd _____
									Confirm Call _____
									Phys. Date _____
									Meds Yes / No _____

**For office Use Only**

Father/Padre/Guardian _____			Work Phone/Teléfono de Trabajo _____			Cell Phone/Celular _____			Ethnicity <input type="checkbox"/> African-American <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Latino/Hispanic <input type="checkbox"/> Pacific Islander Other _____
Mother/Madre/Guardian _____			Work Phone/Teléfono de Trabajo _____			Cell Phone/Celular _____			
Parents Address/ Dirección Padres _____			City/Ciudad _____			State/Estado _____			
						Zip Code/Zona Postal _____			

**Monthly Income/ Ingreso mensual** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact/Contacia de emergencia Relationship/Relación Emergency Phone/Teléfono de emergencia**

<b>Health History/Historial de Salud (Check all that apply)</b>  <input type="checkbox"/> Frequent Ear Infections <input type="checkbox"/> Heart Defects/Disease <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Psychiatric Treatment <input type="checkbox"/> Chicken Pox <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> German Measles <input type="checkbox"/> Mumps	<b>Allergies/Alergias</b> <input type="checkbox"/> Hay Fever <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Poison Oak <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insect Stings <input type="checkbox"/> Dairy <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Medications <input type="checkbox"/> Other/Otros _____	<b>How did you hear about camp? Cómo oíste de este campamento?</b> <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Newsletter <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Other/ Otros _____	
	<b>Shot Record Dates/ Fechas de Vacunas</b> <input type="checkbox"/> Tetanus (DTP) <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Hib(Meningitis) <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Polio	Does the child have medical insurance? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene so hijo(a) seguro médica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medical Company/Compañía Médica: _____ Policy/Group No./Póliza/Grupo: _____ MediCal No.: _____ Cal Works No.: _____	Females only/Solo para mujeres: Has camper begun menstruating? La campista ha empezado a menstruar? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Is menstruation normal? Es su menstruación normal? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

Has camper ever required any hospitalization? Explain.  
 Ha recibido el campista consultación psiquiátrico u hospitalización? \_\_\_\_\_  
 Operations or serious injuries, give dates:  
 Cirugías o lesiones serias (fechas): \_\_\_\_\_  
 Disability or chronic recurring illness:  
 Lesión o enfermedad crónica: \_\_\_\_\_  
 List any limitations on activites:  
 Actividades limitadas: \_\_\_\_\_  
 Dietary modifications:  
 Modificaciones dietéticas: \_\_\_\_\_  
**List current medications:**  
**Medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

**Screening Record: For Camp Use Only** Screened by \_\_\_\_\_

Date screened \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm. Updates/additions to health history noted  Yes  No  None required  
 Observational notes \_\_\_\_\_

**Please note: Signatures required on back. Por favor note: Firmas requeridas en el reverso.**

## MEDICAL RELEASE/PERMISO MEDICO

**Parent/Guardian Authorization:** This health history is correct and complete as far as I know. The person herein described has permission to engage in all camp activities except as noted. I hereby give permission to the camp to provide routine health care, administer prescribed medications, and seek emergency medical treatment including ordering x-rays or routine tests. I agree to the release of any records necessary for insurance purposes. I give permission to the camp to arrange necessary related transportation for me/my child. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician selected by the camp to secure and administer treatment, including hospitalization, for the person named. This completed form may be photocopied for trips out of camp.

**Autorizaciones del Padre de familia/Tutor:** Estos antecedentes medicos son correctos y completos hasta donde yo se. La persona descrita en este documento tiene permiso de participar en todas las actividades del campamento excepto que no sea indicado. Por el presente, doy permiso al personal del campamento de proveer atencion medica de rutina, administrar medicamentos recetados y buscar servicios medicos de emergencia incluyendo ordenar rayos-X o exámenes de rutina. Estoy de acuerdo en permitir que tengan acceso a cualquier expediente necesario para efectos y propósitos de la Compañía de Seguros. Le doy permiso al personal del campamento para hacer los arreglos necesarios en cuanto al transporte para mi hijo/hija. En caso de no poder ponerse en contacto conmigo por motivo de una emergencia, por el presente, doy permiso al medico seleccionando por el personal del campamento para asegurar y administrar tratamiento, incluyendo hospitalización, para la persona aquí nombrada. Este formulario completo puede ser fotocopiado para excursiones fuera del campamento.

## PHOTO RELEASE/PERMISO PARA UTILIZAR FOTOS

\* I (the parent/legal guardian specified below) recognize that during my child's (name specified on this form) attendance at this CityTeam Ministries ("CityTeam") event, CityTeam may take photographs, video recordings, sound recordings of my child and may use such materials to publicize or promote CityTeam and its ministries. In consideration for my child's presence at this event, I hereby give CityTeam Ministries the absolute permission to use and to license the use of my child's name, likeness, voice, and biographical information, as recorded or captured during this, event, in any medium that now exists or may exist in the future, throughout the world and at any time, without restrictions or limitation, without compensation, and for any purpose that CityTeam determines is proper. I understand that I may not revoke this permission.

\* Yo (padre de familia/tutor legal especificado mas abajo) reconozco que durante la asistencia de mi hijo/hija (nombre especificado en este formulario) a éste evento de CityTeam Ministries, ("CityTeam") CityTeam puede tomar fotografías, hacer video grabaciones, audio grabaciones de mi hijo/hija y puede que usen tales materiales para promocionar o promover a CityTeam y sus ministerios. En consideración por mi hijo/hija presencia en este evento, por el presente le doy a CityTeam Ministries el permiso absoluto para utilizar y dar licencia para el uso de mi hijo/hija nombre, semejanza, voz, información biográfica tal como fue grabado o captado durante este evento en cualquier medio que ahora existe o que pueda existir en el futuro, a través del mundo y en cualquier momento, sin restricciones o limitaciones, sin compensación, y para cualquier propósito que CityTeam determine apropiado. Yo entiendo que no podré revocar este permiso.

\* I understand that the cost of camp is not refundable except in the case of illness or when notice is given one week prior to the start of camp.

\* Yo entiendo que el costo del campamento no es reembolsable excepto en caso de enfermedad or cuando un aviso es dado una semana antes del inicio del campamento.

\* I have read and verify that the health history is correct, and do give my permission for the camp to get medical attention, if necessary, and to use photographs as stated above.

\* He leído y verifico que el historial medico es correcto, y doy mi permiso para que el campamento de MayMac consiga la asistencia medica, si fuera necesario, y usar fotografías como declarada anteriormente en este documento.

Parent/Guardian

Padre de familia/Tutor: \_\_\_\_\_

Print Name:

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Date

Fecha: \_\_\_\_\_