

CAMPAMENTO FAMILIAR - CAMP SHAMINEAU, MN
30 de Agosto – 1 de Septiembre, 2019
(Solo una familia por forma de inscripción)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ E-mail _____

Iglesia: _____ Pastor: _____

¿Podemos usar su foto/video y la de sus hijos para promoción del campamento? Si No

¿Hay alguien en su familia con una discapacidad física? Si No

Nombre	Adulto o Niño	Sexo
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño y Edad:_____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

	Costo antes de 19 de Agosto	Cantidad que se debe
Adultos (12 años +)	x \$75	
Niños (5-11 años)	x \$45	
Niños (0-4 años)	x \$0	
*Los precios suben a \$85 y \$55 después del 18 de Agosto		TOTAL:

Conocimiento de riesgos médicos

Hemos elegido asistir al programa ministerial del campamento Shamineau y en sus actividades que ofrece. Estoy al tanto de los peligros que pueden ocasionar estas actividades; accidentes físicos, emocionales o muerte. Por la presente, libero y mantengo libre al campamento Shamineau, sus funcionarios, directores, empleados, agentes, voluntarios y cesionarios de toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, costos y gastos, y causas de acción que surja o esté relacionado de alguna manera con cualquier pérdida de propiedad y/o lesión corporal, incluida la muerte y/o discapacidad a mí, mis hijos o mi familia. Por la presente, autorizo al personal del campamento Shamineau a asegurar el tratamiento médico para mí, mi hijos o mi familia. He leído este comunicado de responsabilidad y entiendo sus términos. También es mi responsabilidad informar cualquier condición física que pueda afectar mi participación o la de los miembros de mi familia.

Firma de Padre o Guardia _____

Fecha _____