



Camp Create: A Wild Symphony - July 15 - 19, 2024

Campamento Creación - Una Sinfonía Salvaje

Registration Form/Forma de matricula

One form per child/Una por cada niño

CAMPER INFORMATION:

Name/Nombre: First/Primer _____ Last/Apellido _____

Gender/Genero: Girl/Niña _____ Boy/Niño _____ Non-Binary/No Binario _____

Birthdate/Fecha de nacimiento: Month/Mes _____ Day/Dia _____ Year/Año _____

School/Escuela: _____

Grade/Grado (as of September 2024): _____

Non-medical Food Restrictions (if any)/Restricciones de comida no médicas (si hay):

T-shirt size (circle one)/Talla de camisa (indique uno):

Youth/Niño: S M L XL Adult/Adulto: XS S M L XL XXL

Did your child attend Camp Create in 2023? ¿Asistió su hijo(a) a Campamento Creación en 2023? Yes/Sí ___ No ___

PARENTS or GUARDIANS INFORMATION/INFORMACION DE PADRE o MADRE o GUARDIANOS:

Parent/Guardian #1[Padre/Madre/Guardián #1]:

Name/Nombre: First/Primer _____ Last/Apellido _____

Address/Dirección de casa: Street/Calle _____

City/Ciudad: _____ Zip Code/Código postal: _____

**Signature/Firma _____

Sign here/Firme aquí

Relationship/Relación: _____ **Date/Fecha: _____

What is your cell phone number? ¿Cuál es su número de teléfono celular? () _____

Parent or Guardian #2 (if none, write "none")/Padre o madre o guardian #2 (si no hay, ponga "ninguno"):

Name/Nombre: First/Primer _____ Last/Apellido _____

Address/Dirección de casa: Street/Calle _____

City/Ciudad: _____ Zip Code/Código postal: _____

**Signature/Firma _____

Sign here/Firme aquí

Relationship/Relación: _____ **Date/Fecha: _____

What is your cell phone number? ¿Cuál es su número de teléfono celular? () _____

Registration Fee/Cuota de Inscripción: \$35.



Camp Create – A Wild Symphony – July 15 - 19, 2024

Campamento Creación – Una Sinfonía Salvaje

Medical and Emergency Release Form
Comunicado de Formulario Medica y de Emergencia

Name of Camper/**Nombre del participante**: _____

Does your child use or have/**Usa su hijo o tiene**:

- Epi-pen: Yes/**Si** _____ **No** _____
- Asthma inhaler/**Inhalador de asma**: Yes/**Si** _____ **No** _____

Date of last tetanus shot/**Fecha del último tiro tetánico**: _____

List of current medications [if none, write “none”]/**Lista de medicinas que toma ahora (si no hay, escribe “ninguna”)**:

Food and other allergies [if none, write “none”]/**Comidas y otras alergias (si no hay, escribe “ninguna”)**:

Emergency contact/**Contact de emergencia**:

Name/**Nombre**: _____ Relationship/**Relación**: _____

Phone/**Telefono**: (_____) _____

EMERGENCY MEDICAL RELEASE/ Comunicado de Emergencia Médica:

I/we, the parent(s) or legal guardian(s) of _____, a minor, hereby authorize and consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any licensed medical personnel on staff of any licensed hospital. This authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care required, but is given to provide authority and power to render care, which is deemed advisable in the best judgment of the physician.

Yo/nosotros el padre (los padres) o guardián legal de _____, un menor, aquí autoriza y consiento que
(nombre de estudiante)
un examen de rayos equis, una diagnosis anasetética, médica o cirúrgica o tratamiento y cuidado en un hospital cuando sea aconsejable, , se haga bajo la supervisión general o especial del personal licenciado y autorizado de cualquier hospital licenciado. Esta autorización se da en avance de cualquier diagnosis específica, tratamiento o hospitalización requerida, pero se da para proveer autorización y poder para dar cuidado, cuando sea recomendable en el mejor juicio del médico.

Please list (if none, write “none”)/**Por favor, de una lista (si no hay, escriba “ninguno”)**:

- Medical insurance carrier (company name)/**Seguro medico, (nombre de la compania)**:

• Policy/group number (**Poliza/numero del grupo**): _____

• Family doctor or clinic (name)/**Medico de la familia o nombre de la clinica**: _____

• Phone number (include area code)/**Numero de telefono (incluya el codigo area)**: (_____) _____

SIGNATURE/FIRMA: Parent or guardian/**Firma de padre o madre guardián**:

☐☐ Sign here/firme aquí

Relationship/**Relación**: _____ Date/**Fecha**: _____



Camp Create - A Wild Symphony - July 15 - 19, 2024

Campamento Creación - Una Sinfonía Salvaje

Parent/Guardian Audio/Photo/Video Release Form

Formulario de Permiso para Padre/Guardiano para Permitir/Audio/Foto/Video

I give St. Stephen's Episcopal Church permission to take photographs, video, and/or record the voice of my child _____, a minor, and to use those images and recordings for camp/church publicity, grant reporting and other similar purposes in print and online.

Stephen's Episcopal Church permiso para tomar fotografías, video, y / o grabar la voz de mi hijo _____, un menor de edad, y utilizar esas imágenes y grabaciones para el campamento / publicidad de la iglesia, la presentación de informes de subvención y otros fines similares en la impresión y en línea.

SIGNATURE/FIRMA: *Parent or guardian/Firma de padre o madre o guardián:*

Sign here/firme aquí

Relationship/Relación: _____ Date/Fecha: _____