



Formulario de inscripción al campamento de Verano

Fecha de Comienzo: _____

Certificado de DHS: _____

Información del estudiante:

Nombre del niño: _____ IM: _____ Apellido del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

Raza/ Etnicidad: _____ Hispano o no hispano: _____

Idioma Principal: _____ Seguro Médico: _____

Escuela a dónde atiende: _____ Grado del niño en septiembre _____

Nombre del maestro/a: _____

Información sobre los padres/tutores:

Padre/Tutor: Madre/ Padre Abuelo/a Tutor

Primer Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección residencial: _____ Apt/ Piso #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Celular: _____ Numero de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Renta Dueño Vive con familia/amigos

Raza/ Etnicidad: _____ Seguro Médico: _____

Sitio de empleo: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo

Militares en servicio/ Veterano: Si No SUS ingresos anuales/mensuales: _____

Idioma principal: _____



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Padre/Tutor: Madre/ Padre Abuelo/a Tutor

Primer Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección residencial: _____ Apt/ Piso #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Renta Dueño Vive con familia/amigos

Raza/Etnicidad: _____ Seguro Médico: _____

Sitio de empleo: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo

Militares en servicio/ Veterano: Si No SUS ingresos anuales/mensuales: _____

Idioma principal: _____

Otro miembro del hogar (Relación con el niño matriculado): Hermano/a Abuelo/a Otro

Primer Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Celular: _____ Numero de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Renta Dueño Vive con familia/amigos

Raza/Etnicidad: _____ Seguro Médico: _____

Sitio de empleo: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo

Militares en servicio/ Veterano: Si No Ingresos anuales/mensuales: _____



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Otro miembro del hogar (Relación con el niño matriculado): Hermano/a Abuelo/a Otro

Primer nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Renta Dueño Vive con familia/amigos

Raza/Etnicidad: _____ Seguro Médico: _____

Sitio de empleo: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo

Militares en servicio/ Veterano: Si No Ingresos anuales/mensuales: _____

Otro miembro del hogar (Relación con el niño matriculado): Hermano/a Abuelo/a Otro

Primer Nombre: _____ IM: _____ Apellido: _____

Fecha Nacimiento: _____ Género: _____

Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Situación de vivienda: Renta Dueño Vive con familia/amigos

Raza/Etnicidad: _____ Seguro Médico: _____

Sitio de empleo: _____ Tiempo Completo Medio Tiempo

Militares en servicio/ Veterano: Si No ingresos anuales/mensuales: _____

El Centro Comunitario Martin Luther King prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, religión, credo, sexo, edad, estado civil, origen nacional, discapacidad mental o física, creencia o afiliación política, condición de veterano, orientación sexual, identidad y expresión de género, información genética y cualquier otra clase de individuos protegidos contra la discriminación bajo la ley estatal o federal en cualquier aspecto del acceso, admisión o tratamiento de los estudiantes en sus programas y actividades, o en el empleo y la solicitud de empleo.



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Acuerdo financiero del campamento de verano

Precio por semana: \$170.00 por Semana

- Los pagos completos deben efectuarse el viernes de cada semana
- Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito/débito, giros postales
- Se cobrará una penalidad de 20 \$ por cada cheque devuelto que no se pueda cobrar.
- Los pagos seguirán siendo los mismos si el niño está ausente o si el centro está cerrado por inclemencias del tiempo.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Acuerdo de los padres del campamento de verano

1. Estoy de acuerdo con la inscripción de mi hijo, _____ con el Dr. Martin Luther King, Jr. Community Center Summer Adventure Camp Program. Estoy de acuerdo en que el MLKCC no será responsable en caso de enfermedad o lesión de mi hijo inscrito, durante la estadia en la instalación o en tránsito hacia y desde la instalación.
2. Mi hijo/a _____ tiene permiso para participar en las actividades que se celebren dentro o fuera de las instalaciones del programa. Se tomarán las máximas precauciones para garantizar la seguridad. No responsabilizaré al Centro Comunitario Dr. Martin Luther King Jr. por lesiones o pérdidas sufridas
3. Doy permiso al Centro Comunitario Dr. Martin Luther King Jr. para tratar a mi hijo por lesiones sufridas mientras asiste a las Actividades del Campamento de Verano: Local, en transito, o fuera de la ciudad de Newport.
4. Si mi hijo necesita la atención de un Médico o ser llevado al Hospital y yo no puedo ser localizado, doy permiso al Centro Comunitario Dr. Martin Luther King Jr. para buscar atención médica.

Firma del padre/madre: _____ **Fecha:** _____

5. Estoy de acuerdo en que mi hijo participe en viajes de estudio o excursiones bajo la supervisión adecuada del personal del MLKCC.
6. Acepto que he recibido y entiendo las políticas y procedimientos de MLKCC.
7. Yo **Si** **NO** doy permiso al Dr. Martin Luther King, Jr. Community Center y/o sus agentes y socios autorizados (United Way, Hasbro) para usar fotografías, videos, audio de, y atribuir citas directas a mi hijo en sus materiales de relaciones públicas y/o otras actividades promocionales sin la necesidad de pago, regalías, aprobación, inspección, u otras consideraciones
8. La política del MLKCC, para su protección y la de su hijo, es entregar a su hijo sólo a usted. Si otro pariente/amigo va a recoger a su hijo, usted debe notificar al MLKCC al (401) 846-4828, o mediante una nota con el nombre de la persona que va a recoger a su hijo seguida de su firma
9. Acepto que se me cobre una tasa de acuerdo con la Política de Retrasos después de la hora de cierre de las 4:00 PM.
10. Notificaré al MLKCC cuando se espera que mi hijo/a esté ausente. Entiendo que mi hijo debe asistir al menos el 90% de las semanas matriculadas.
11. Acepto que toda la información se actualice cuando sea necesario.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Información sobre el niño

1. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad o alergia? Si No

En caso afirmativo, explique

2. ¿Necesita su hijo un inhalador o epinefrina? (en caso afirmativo, debe presentarse en la caja original con la etiqueta de prescripción y los formularios médicos completos)

Si No

3. ¿Tiene su hijo un Plan Educativo Individualizado (PEI) o un plan 504? Si No En caso afirmativo, envíe una copia del plan con esta inscripción. Detalles

4. ¿Ha recibido su hijo las Vacunas COVID 19? Si No Declinar contestar

5. ¿Han recibido COVID 19 Boosters? Si No Declinar contestar

¿Cómo responde mejor su hijo a una redirección en caso necesario? _____

7. Para ayudarnos a coordinar los servicios, ¿su hijo recibe servicios de otras organizaciones?:

____ Newport County Mental Health ____ Child and Family Services ____ DCYF
____ Escuelas públicas de Newport ____ Otro _____



DR. MARTIN LUTHER KING, JR.
COMMUNITY CENTER

Autorización de los padres para tratamiento de emergencia

En consideración a la admisión, por la presente autorizo al Centro Comunitario Dr. Martin Luther King Jr. a hacer arreglos para el examen médico y/o tratamiento de mi hijo(a), _____.

En caso de emergencia / evacuación en el MLKCC o en una excursión, se entiende que se hará un esfuerzo concienzudo por el MLKCC para ponerse en contacto conmigo en los números de emergencia que he proporcionado a continuación antes de tomar cualquier acción médica.

Prefiero que mi hijo sea llevado a _____ Hospital, en caso de necesidad. Entiendo que la elección del hospital puede estar limitada por el servicio de los servicios de rescate locales.

El plan de seguro médico de mi hijo: _____

Número de póliza: _____

Firma del padre/madre/tutor

Número de teléfono

Teléfono de trabajo

Firma del padre/madre/tutor

Número de teléfono

Teléfono de trabajo

Autorización de emergencia y recogida

Nombre y apellido: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre y apellido: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre y apellido: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____