

Apellido	Nombre	Niño/a con Cáncer o Hermano/a		Género/Pronombre (Ex: Hombre/EI/EI)	Fecha de Nacimiento	Grado escolar actual (2022-2023)	Escuela	¿Tiene su hijo/a un IEP/504?		Nuevo o Regreso	
		C	H					S	N	N	R
					/ /						
					/ /						
					/ /						
					/ /						

****Enumere al niño con cáncer en la fila 1 anterior. Tenemos una norma de asistencia muy flexible. Campistas pueden asistir a cualquier día del campamento****

Fechas del Campamento: 20 de junio – 11 de agosto

(No hay campamento Martes, 4 de julio)

Dirección: _____ Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de casa _____

Nombre de correo: _____

	Nombre y apellido	Relación	Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo	Correo Electrónico
Padre / Tutor #1					
Padre / Tutor #2					

Estado civil de padre/tutor: Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/a Viudo/a Asociado/a

Diagnóstico inicial _____ Fecha de diagnóstico: _____ ¿Tratamiento activo? Sí No Si No, fecha en que terminó el tratamiento: _____

Hospital primario donde el niño con cáncer ha recibido o está recibiendo tratamiento: _____

Nombre del Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del oncólogo que lo deriva: _____ Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Si corresponde, nombre de trabajador(a) social: _____ Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Prefiero recibir toda la información sobre el campamento vía: Correo Electrónico Papel (correo) Texto Todos **Lenguaje Primario:** Inglés Español Otro: _____

¿Como supiste de nosotros? (Ejemplo: trabajador social, familia/amigos, otro campamento de la Sunrise Association, etc.): _____

¿Es usted una familia de campamento de la Asociación Sunrise virtual o en persona que regresa? (Ejemplo: Campamento diurno Horizon en persona – Baltimore): _____

Por favor envíe la solicitud firmada completa al campamento listada arriba.

****Si lo envía por correo electrónico, ¡por favor recuerde enviar ambas páginas!**



INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CAMPISTA

Autorizo para que mi(s) hijo/a(s) sean contactados directamente, ya sea por mensaje de texto y/o correo electrónico para recordatorios del programa de campamento virtual: Sí No **INICIALES:** _____
 Cuando corresponda, proporcione el correo electrónico y/o el número de teléfono de cada niño junto a su(s) nombre(s) en los cuadros de abajo.
 Tenga en cuenta que esto no es necesario para la inscripción.

Nombre completo del campista	Correo electrónico del campista <i>(si corresponde)</i>	Número de teléfono celular del campista <i>(si corresponde)</i>

INFORMACIÓN FAMILIAR

*Lo siguiente es para uso de la Sunrise Association al solicitar fondos de diversas fuentes y no afectará su capacidad para asistir al campamento de forma gratuita, independientemente de sus ingresos.
 La información que proporcionamos a terceros **nunca lo identificará a usted ni a los miembros de su familia**, sino que se agrupará con la de otras familias como parte de las estadísticas generales.*

Ocupación: Padre 1/Guardian Legal 1 Ocupación _____ Lugar de trabajo _____
 Padre 2/Guardian Legal 2 Ocupación _____ Lugar de trabajo _____

Etnia familiar: Negra Nativo Americano AAPI - Asiático Pacífico Blanco Latino
 Oriente medio Norteafricano Si no está en la lista, especifique: _____

Ingreso de la familia: Menos de \$25,000 \$25,000 a \$34,999 \$35,000 a \$49,999 \$50,000 a \$74,999
 \$75,000 a \$99,999 \$100,000 a \$149,999 \$150,000 a \$199,999 \$200,000 o más

AUTORIZACIONES

Con base en las complejidades inherentes a los programas virtuales interactivos, les pedimos a todos los padres que revisen y anoten su aceptación de lo siguiente:

- Reconozco y acepto que mi (s) hijo (s) / familia pueden participar en actividades de video y seminarios web que pueden incluirlos y / o que mi entorno hogareño sea visto y escuchado en una cámara web a través de Internet **INICIALES:** _____
- Admito y acepto que Sunrise Association Day Camps/ (Sunrise)/ SunriseVX contratará a otra plataforma tercera e independiente, como por ejemplo Zoom, para facilitar las sesiones de video y acepto que Sunrise Association Day Camps/ (Sunrise)/ SunriseVX no lleva ninguna responsabilidad legal en cuanto a asuntos de transmisión con Zoom o con cualquier otro software de otra plataforma tercera. **INICIALES:** _____
- Animaré a mi(s) niño/a(s) a obedecer el comportamiento apropiado en línea como fue escrito y desarrollado en la manual para padres o sufrir el riesgo de perder sus privilegios de participación en el programa. **INICIALES:** _____
- Reconozco y acepto que las sesiones del programa de campamento virtual se pueden grabar de vez en cuando, y que todas o partes de dichas grabaciones / imágenes pueden usarse para propósitos que incluyen, entre otros, compartir con niños y familias, personal y / o personal potencial, enseñanza y formación y / o marketing / recaudación de fondos. Al permitir que mi hijo participe en nuestro programa virtual, le otorgo a Sunrise Association Day Camps/ (Sunrise)/ SunriseVX el derecho a usar dichas imágenes y / o grabaciones. **INICIALES:** _____
- Por la presente doy permiso para que el nombre (s) de mi (s) hijo (s), la dirección familiar, el número de teléfono y el correo electrónico se incluyan en el directorio del campamento y se distribuyan a las familias de campistas en la comunidad de la Sunrise Association Camps. Sí No **INICIALES:** _____

**Estas autorizaciones son válidas desde la fecha de su firma hasta el 1 de julio del siguiente año.
 Al firmar a continuación, acepto firmar este comunicado y los artículos con las iniciales arriba.**

Firma del Padre/Tutor: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Por favor envíe la solicitud firmada completa al campamento listada en la primera página.

****Si lo envía por correo electrónico, ¡por favor recuerde enviar ambas páginas!**

