



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO ACAMPAMENTO TERRA MARÉ

*OBSERVAÇÃO: A carteirinha de vacinação deve acompanhar este formulário no momento do registro.

A inscrição não será aceita se o formulário estiver incompleto.

INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE

Sobrenome: _____ Nome: _____

Endereço: _____ Cidade/Estado/CEP: _____

Masculino () Feminino () Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____

A criança em idade estará participando do acampamento:: _____ E-mail: _____

Nome dos Pais/Guardião Legal: _____ Telefone: (____) _____

Celular: (____) _____

Nome dos Pais/Guardião Legal: _____ Telefone: (____) _____

Celular: (____) _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA /INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL QUE IRA BUSCAR A CRIANÇA (além dos nomes listados acima)(Por favor, liste qualquer pessoa que você autoriza que busque seu filho e um documento com foto será exigido no momento da que irá buscar.)

1. Nome: _____ Telefone: (____) _____

2. Nome: _____ Telefone: (____) _____

HISTÓRICO DE SAÚDE (Inclua páginas adicionais se necessário)

Médico: _____ Telefone (____) _____

Alergias:

Sem alergias

Sim, alergias alimentares, Descrever: _____

Risco de anafilaxia? (favor anexar plano de alergia de emergência)

Sim, alergias a medicamentos, Descrever: _____

Risco de anafilaxia? (favor anexar plano de alergia de emergência)

Sim, alergias ambientais, Descrever: _____

Risco de anafilaxia? (favor anexar plano de alergia de emergência)

Por favor, liste todos os medicamentos (incluindo inaladores) que o participante está usando: _____

Indique se o seu filho está sob os cuidados de um médico para qualquer uma das seguintes condições (marque todas as que se aplicam):

Convulsões

Infecção de Ouvidos

Diabetes

Insetos/Alergia/Sensibilidade

Asma (anexe um plano de emergência, se aplicável)

ADD/ADHD

Outros: _____

Recomendações e/ou restrições durante o acampamento: _____

Informação adicional de saúde: _____

Seguradora: _____ N° da Apólice #: _____

IMPORTANTE: Como exigido pelo Conselho de Saúde, seu filho não será permitido no acampamento sem um registro completo de imunizações (assinado e datado pelo médico ou enfermeira), incluindo:

Até a idade de 5 anos, todas as crianças devem ter 5 doses de DTP ou DTaP, MMR e poliomielite, e vacinas de IPV

Aos 12 anos, as crianças também precisam de 3 doses de hepatite B, varicela e um reforço da vacina Td

AUTORIZAÇÃO DE EMERGÊNCIA E RENÚNCIA DE RESPONSABILIDADE:

Dou permissão para meu filho participar de todas as atividades do acampamento, transporte de rotina, viagens de campo, atividades especiais longe das instalações e atividades relacionadas à água que ocorram em águas com mais de dois (2) pés de profundidade. Eu dou permissão para usar quaisquer fotos tiradas do meu filho durante a participação no acampamento para fins promocionais. Eu dou permissão para todas as pessoas listadas neste formulário para pegar meu filho e/ou ser contatado se eu não puder ser encontrado. Eu entendo que as taxas de acampamento não incluem seguro de saúde e acidentes, e eu serei responsável por qualquer e todos os encargos ocorridos para tratamento médico imediato. Por meio deste documento permito que o pessoal médico selecionado pelo acampamento ordene radiografias, exames de rotina e tratamento para o meu filho.

No caso de eu não poder ser encontrado em uma emergência, eu também permito que o médico selecionado pelo pessoal do acampamento para hospitalizar, garantir o tratamento adequado e para aplicar a injeção e/ou anestesia e/ou cirurgia para o meu filho como mencionado acima. Eu também dou permissão para o atendimento médico de rotina para o meu filho pelo acampamento. Este formulário pode ser fotocopiado para uso fora da propriedade do acampamento.

Li e entendi o Formulário de consentimento dos pais / responsáveis, as Diretrizes de gerenciamento do comportamento, informações gerais e Manual da família

Assinatura do Pai/Responsável: _____

Data: _____

Nome do Participante: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Número da Camiseta, *circule um*: Infantil (S) Pequeno, (M) Médio, (G) Grande - Adulto (S) Pequeno, (M) Médio, (G) Grande, (EX) Extra Grande

POR FAVOR, MARQUE A CAIXA CORRESPONDENTE PARA CADA SEMANA DE ACAMPAMENTO EM QUE VOCÊ GOSTARIA DE SE REGISTRAR TAXAS DE ACAMPAMENTO E DEPÓSITO

Camp Terra Mare	FEES M=Member P=Public	Week 1 June 29 -July 3rd	Week 2 July 6-10	Week 3 July 13-17	Week 4 July 20-24	Week 5 July 27-31	Week 6 August 3-7	Week 7 August 10-14	Week 8 August 17-21	TOTAL
Weekly Registration	M \$270 P\$325									
2020 Taxa de registro	\$15									\$15
Cuidados Prolongados	FEES (full week, 5 days)	Week 1 June 29 -July 3rd	Week 2 July 6-10	Week 3 July 13-17	Week 4 July 20-24	Week 5 July 27-31	Week 6 August 3-7	Week 7 August 10-14	Week 8 August 17-21	TOTAL
AM 8:00-9:00 (manhã)	\$30									
PM 4:00-5:15 (tarde)	\$40									
AM & PM Care	\$60									
Desconto irmão										TOTAL
Várias crianças	Irmãos recebem um desconto de US \$ 15 por criança por semana									-
PAYMENT INFORMATION (Para ser preenchido pelos Serviços aos Membros)										
Total Camp Fees (sum of all weeks + extended care - discount if applicable):										\$
Balance Due at time of Registration (\$15 registration fee + \$25 non-refundable deposit per week attending):										\$

O saldo das taxas de acampamento é devido 2 semanas antes do início de cada semana de acampamento. O depósito para cada semana é aplicado para a taxa total do acampamento. Um aviso escrito de 2 semanas é necessário se você deseja retirar seu filho do acampamento. As mensalidades, menos a taxa de inscrição de US\$ 10 e o depósito de US\$ 25 por semana, serão reembolsadas se o aviso for recebido duas semanas antes da sessão de acampamento do seu filho. Consulte o Manual da Família para obter a política de reembolso total.

Inicial: _____

FORMA DE PAGAMENTO

(Por favor circule): **Cheque** **Dinheiro** **Cartão de Crédito** (Por favor circule: Mastercard, Visa, AMEX, Discover)

Bandeira: _____ N° do cartão: _____ Data exp.: ____/____ CVV: _____

Número da Conta: _____ Routing N°: _____

Endereço de cobrança: _____

Cidade/Estado/Cep: _____

Nome no cartão: _____ Assinatura: _____

Por favor, indique a forma de pagamento e rubrique para que seja aprovado:

Pagamento integral (cheque / ordem de pagamento) incluído neste formulário de inscrição.

Iniciais: _____

Pagamento total cobrado no cartão de crédito ou na conta bancária listados acima.

Iniciais: _____

Pagamentos semanais programados:

Depósito incluído (cheque / ordem de pagamento). Iniciais: _____

Depósito cobrado no cartão de crédito ou na conta corrente acima. Iniciais: _____

Eu aprovo o desconto de saldos semanais a ser agendado para ser cobrado duas semanas antes de cada data de início através do cartão listado acima: Iniciais: _____

ENVIE A CARTEIRA DE VACINAÇÃO COMPLETA PARA:

Endereço:

YMCA of MV

Attn: Summer Camp

111R Edgartown VH Rd.

Vineyard Haven, MA 02568

E-mail: Camp@ymcamv.org

ecolhimento normal é por 4:00 da tarde cada dia. Se seu filho não for pego por volta das 4:00 da tarde, você será cobrado atendimento prolongado a um custo de US \$ 10,00 por ocorrência.

atendimento prolongado à tarde é realizado às 17h15 todos os dias (você deve estar pré-cadastrado). Se seu filho não for pego por volta das 17h15, será cobrada uma taxa de US \$ 5,00 por cada minuto após as 17h15. Esta política será aplicada

Tudo sobre mim!

Olá pais e cuidadores! Este formulário é opcional para você nos ajudar a conhecer um pouco seu filho antes de encontrá-lo no acampamento. Se seu filho tiver um IEP, plano de comportamento, histórico médico ou qualquer outra documentação que você gostaria de compartilhar, inclua essas informações no seu pacote de registro. Se você tiver algum problema específico. Para esclarecer dúvidas sobre nossa capacidade de atender às necessidades de seu filho, entre em contato com a diretora do acampamento, Tara Dinkel, em tdinkel@ymcamv.org ou 508-696-7171 ext. 117

Nome: _____ **Era:** _____

Coisa favorita a fazer: _____

Filme ou programa favorito: _____

Comida favorita: _____

Música favorita: _____

Livro favorito: _____

Quando eu crescer, quero ser: _____

O que me faz feliz: _____

O que me deixa chateado, triste ou desconfortável: _____

Como é a aparência quando estou chateado, triste ou desconfortável: _____

Como nossa equipe do acampamento pode ajudar seu filho quando está chateado, triste ou desconfortável:

Como você descreveria seu filho? E compartilhe todas as informações adicionais que você gostaria que tivéssemos sobre seu filho:

* Observe que essas informações serão compartilhadas com nossa equipe de liderança do acampamento e os