

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

### 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 \_\_\_\_\_