



Por favor complete las aplicaciones y envíelo con \$10.00 de depósito antes del 01/15/08 a la siguiente dirección:

Aplicación Para los Retiros Familiares del 25 al 27 de Enero de 2008

Myron & Janyce Gilbert
821 Pawnee Drive NW
Cedar Rapids, IA 52405

Por favor seleccione el retiro a la que usted atenderá: Retiro de Jóvenes (desde los 12 hasta que usted se siente como un adulto) Retiro de Niños (edades 4-11) Retiro de adulto (Usted sabe quién es!)

Nombre _____ Edad _____ Femenino Masculino
Dirección de la Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Teléfono _____

Nombres /Relación de otros miembros de la familia (padre, madre, hermano, hermana, etc.) que atenderán a uno de estos retiros:

Nombre _____	Relación _____	Retiro a que están atendiendo _____
Nombre _____	Relación _____	Retiro a que están atendiendo _____
Nombre _____	Relación _____	Retiro a que están atendiendo _____
Nombre _____	Relación _____	Retiro a que están atendiendo _____
Nombre _____	Relación _____	Retiro a que están atendiendo _____
Nombre _____	Relación _____	Retiro a que están atendiendo _____

Nombre del Padre/ó Guardián: _____ Teléfono _____
En Caso de Emergencia Notifique A: _____ Teléfono _____

Por Favor Note:

- El vestido debe estar aseado, limpio, y moderado. Todas los vestidos deben de ser de largo moderado. Esto es un retiro cristiano. Por favor vestirse de forma moderado.
- El uso de drogas, alcohol, tabaco, ó de profanidades no será tolerado.
- El uso de teléfonos celulares deben de ser usados en caso de emergencia solamente.
- Ninguna persona debe de estar afuera de los edificios después de que las "luces se apaguen." Esto es para isu protección!
- Para la seguridad de todos los participantes del retiro deben de estar libre de cualquiera enfermedad contagiosa (ejem, fiebre, enfermos con la garganta,varicela, piojos, sarampión, etc.) Nosotros reservamos el derecho de examinar a cualquier campero si hay sospecha de que tenga cualquiera de estas enfermedades. Si el participante tiene algunas de estas enfermedades no se le permitirá quedarse.

Nombre de la persona que recogerá al participante al finalizar el retiro: _____
Relación al Participante _____ Teléfono _____

* Se requiere una llamada telefónica y una nota escrita si es necesario que el participante se le entregue a otra persona aparte de la que esté enlistado en la parte superior. *

POR FAVOR COMPLETE LOS DOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Para uso de la oficina solamente:

Cantidad a Pagar: _____ Deposito Enviado: _____ Cantidad a Pagar al Registrarse: _____
Cabina / Edificio Asignado a: _____

Emergencia/Información de Cuidado Médico

En caso de una emergencia o de una enfermedad seria, el personal del retiro llamará a 911. Completando este formulario nos permitirá tener información exacta para nuestros expedientes y acelerar el cuidado de la emergencia.

Historia de la Salud (Señale con una cruz al que es aplicable.)

- Epilepsia Alta Presión Arterial Diabetes Asma
 Problemas del Corazón Convulsiones Fiebre Reumática Problema con los Riñones

Alergias (Señale con una cruz al que es aplicable.)

- Hiedra venenosa, roble, Sumac
¿Cómo trata usted una exposición a esto? _____
- Picaduras de abeja/ó de avispa
¿Cómo trata usted una exposición a esto? _____
- Penicilina u otras drogas enlistadas aquí:
¿Cómo trata usted una exposición a esto? _____

Información del Seguro

- No tenemos ningún Seguro Médico
 Si tenemos Seguro Médico:
- Nombre de la Compañía de Seguros _____
Póliza /Números de los Grupos _____
Nombre de la Persona en la Póliza _____
Nombre de la Compañía de la Póliza de Seguro _____

Instrucciones Especiales

Si su niño está tomando algún medicamento, Por favor complete lo siguiente:

- Nombre del Medicamento _____ Dosis/Frecuencia _____
Razón por la cual toma el Medicamento _____
- Nombre del Medicamento _____ Dosis/Frecuencia _____
Razón por la cual toma el Medicamento _____

¿Hay restricción de actividades? Explique aquí: _____

Yo entiendo que si ocurre algún accidente, ó alguna enfermedad por el cual el seguro del retiro no provee es mi responsabilidad. El Retiro ó la Iglesia de Dios de la Profecía no será responsable por ninguno de los costos incurridos en tal caso. He completado y leído la información en la parte superior.

Firma del Padre/ó del Guardián _____ Fecha _____