

## **Camp Ocean Pines**

### **Permiso y renuncia a la educación al aire libre**

Doy permiso para que \_\_\_\_\_ asista y participe en el programa de educación al aire libre del Camp Ocean Pines ("Campamento").

- Doy permiso para que mi hijo/a participe en actividades que pueden incluir tiro con arco, deportes de desafío, excursionismo, estudio de la naturaleza, marítimas, kayak, escalada en roca, actividades en la playa y otras actividades ofrecidas en el Campamento como se describe en su sitio web y materiales de marketing, a menos que se especifique lo contrario en el formulario médico del campamento.
- Doy permiso para que mi hijo/a viaje fuera del campamento para las excursiones.
- Doy permiso para que mi hijo sea incluido en fotografías o vídeos que el Campamento utilizará en informes y materiales de marketing, incluyendo las redes sociales.
- Autorizo al personal del Campamento a registrar las pertenencias de mi hijo, incluyendo el teléfono móvil, la cámara, los dispositivos de recogida de datos y de mensajería y otros efectos personales, según sea necesario, cuando la salud, el bienestar o la seguridad de mi hijo o de otros lo requieran.
- Doy permiso al portador de este formulario para que autorice la atención médica de urgencia necesaria por parte de un médico de cabecera u otras personas que ellos elijan en caso de que mi hijo se lesione, ingiera o enferme. Acepto toda la responsabilidad financiera por el tratamiento y los servicios médicos de emergencia necesarios en nombre de mi hijo.
- Estoy de acuerdo en absolver al Campamento y sus directores, oficiales, empleados, voluntarios, agentes, sucesores y asignados ("Personal") de cualquier y todas los reclamos de lesiones o enfermedades de cualquier naturaleza relacionadas con el uso de las instalaciones/equipo del Campamento o la participación en las actividades, programas o transporte del Campamento, ya sea que la participación sea supervisada o no supervisada. Estoy de acuerdo en indemnizar y excluir al Campamento y a su Personal de cualquier responsabilidad que surja o esté relacionada con la participación de mi hijo en el Campamento.
- Entiendo que es mi obligación informar al Campamento de cualquier circunstancia especial que pueda afectar a la capacidad de mi hijo para participar plenamente y dentro de las pautas de comportamiento aceptable, incluyendo, sin limitación, cualquier problema de comportamiento grave o circunstancias especiales con respecto a las condiciones psicológicas, médicas o físicas. Una vez que la notificación sea presentada, se programará una conferencia para discutir las circunstancias especiales y si el Campamento puede acomodarlas.
- Entiendo y reconozco que el Campamento ha establecido pautas relativas a la conducta, el comportamiento y las actividades de todos los participantes en el Campamento, por lo que mi hijo y yo estamos de acuerdo en cumplir, y mi hijo y yo seremos responsables por el incumplimiento de esas pautas. Entiendo que la violación de estas directrices puede resultar en la expulsión de mi hijo/a del Campamento sin reembolso.

### **ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL**

Nombre del padre o tutor:

\_\_\_\_\_

Firma de los padres o tutores

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Camp Ocean Pines Formulario médico de educación al aire libre

Envíe el formulario  
cumplimentado a  
el profesor de su  
escuela.

**¿Preguntas?**  
Llame a la oficina  
del campamento al  
**805-927-0254**

Nombre del campista: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Identidad de género: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sobre la atención sanitaria en el Camp Ocean Pines:

- Como mínimo, un miembro del personal del campamento con primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar está en el campamento cuando los campistas están presentes.
- Los campistas deben llegar preparados para participar en el programa. Si su campista no puede participar, **su hijo será supervisado por el personal de la escuela.**
- Los campistas deben traer -y usar- protección solar (mínimo 30 SPF).
- **El personal de la escuela será responsable de administrar todos los medicamentos de los estudiantes.**

1. Fecha (mes y año) de la última vacunación antitetánica de su hijo

2. ¿Es su hijo alérgico a algún alimento o medicamento? .....  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, nombre el artículo e indique la reacción.

\_\_\_\_\_  Intolerancia  Anafilaxia

\_\_\_\_\_  Intolerancia  Anafilaxia

3. ¿Su hijo tiene asma? .....  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿llevará su hijo un inhalador de rescate durante la sesión del campamento?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿necesita su hijo ayuda del personal para utilizar ese inhalador de rescate?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué desencadena el asma de su hijo \_\_\_\_\_

4. Llamaremos cuando haya una pregunta sobre la salud de su hijo y/o en caso de emergencia. Proporcione la información de contacto de un padre/tutor que estará disponible por teléfono mientras su hijo asiste a nuestro programa.

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. Enumere los medicamentos que su campista toma de forma rutinaria:

Este campista no toma ninguna medicación de rutina.

a. Med: \_\_\_\_\_ Razón para tomar esto: \_\_\_\_\_

a. Med: \_\_\_\_\_ Razón para tomar esto: \_\_\_\_\_

6. Por favor, escriba información adicional sobre la salud de su hijo que pueda afectar a su participación en nuestro programa:

### Autorización de los padres/tutores

Declaro y garantizo que el perfil médico de mi hijo/a es exacto, completo y que mi hijo/a tiene permiso para participar en todas las actividades del Campamento, excepto lo indicado en este formulario. Entiendo que el Campamento tiene una atención médica limitada en el lugar y que el personal llamará al padre/tutor indicado (a) en caso de emergencia, (b) si surgen preguntas sobre la salud de mi hijo, y/o (c) cuando mi hijo no pueda continuar debido a una lesión o enfermedad. Reconozco que el personal de la escuela se encargará de la medicación tal y como se describe y que la información de este formulario se compartirá con el personal del campamento en función de la necesidad. Garantizo que mi hijo llegará al campamento en buen estado de salud y libre de cualquier enfermedad infecciosa conocida o sospechada.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_