



Formulario de selección de sesión

- Sesión #1 (junio 18 – junio 22) 5 días/\$395 (8-14 años) **No más**
 Sesión #2 (junio 25 – junio 29) 5 días /\$395 (8-14 años)
 Sesión #3 (julio 9 – julio 13) 5 días /\$395 (8-11 años)
 Sesión #4 (julio 16 – julio 27) 12 días /\$610 (10-14 años)
 Sesión #5 (julio 30 - agosto 3) 5 días /\$395 (8-14 años)
 Sesión #6 (agosto 6 – agosto 10) 5 días /\$395 (8-14 años)

Nota: ¡No permitiremos que los costos impidan que la familia participe!

Llama al registrador del campo a 612-787-6011 para saber mas sobre opciones de plan de pago.

Nombre de campista _____ M _____ F _____ Otro _____

Dirección _____ Tel. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Escuela _____ Grado _____

Correo electrónico de campista: _____ Amigos del campista que le gustaría tener en su cabina: _____

Talla de camiseta: Pequeña Mediano Grande Extra Grande 2X-Grande (Todos los campistas reciben una camisa)

¿Cómo se enteró del campamento? __ Tarjeta postal __ Remitente __ Escuela __ Facebook __ Otro _____

Amigo/Familia - ¿Cuál es su nombre? _____

¿Es su primera vez en el campamento? __ sí __ no

Padre/Guardián _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Padre/Guardián _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Tel. de día _____

Tel. de noche _____

Correo electrónico de guardián: _____

Información demográfica: *Información es confidencial y se usa para informes anónimos para financiadores de programas*

Raza/Etnia de niño/a (Por favor escoge abajo o escribe aquí): _____

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hmong |
| <input type="checkbox"/> Chicano/Latino | <input type="checkbox"/> Africano del Este | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Multirracial | <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Asiático |

Idioma hablado en casa: _____

¿Es su hijo un aprendiz de inglés? Sí No

¿Recibe su hijo servicios de educación especial, tiene un IEP o un plan 504? Sí No

¿Recibe su hijo almuerzo gratis o reducido? Gratis o reducido No

Número de personas que viven en el hogar: _____ Por favor, indique el rango mensual de ingresos familiares a continuación:

- \$0-\$1,000 \$1,000 - \$2,500 \$2,500 - \$4,000 \$4,000 - \$5,500 \$5,500 - \$7,000 \$7,000+

Devuelva el formulario de selección de Sesión y el depósito de \$80 a: Camp Bovey Registrar | Fax: (612) 781-4001
East Side 1700 Second St NE | Mpls, MN 55413 | Tel: (612) 781-6011 | campbovey@esns.org

Office use only: Registration packet: **TAKEN MAILED DATE**



Sobre el campista

Es importante para el equipo de Bovey que sepamos cómo hacerle sentir a su hijo seguro, comprendido, y apreciado. Ayúdenos a conocerlos mejor, siéntase cómodo respondiendo estas preguntas. La información proporcionada aquí será compartido con los miembros apropiado del equipo de Bovey del 2018 para hacer una semana espectacular para su hijo.

NOMBRE DE CAMPISTA _____ EDAD ____ (para fines de asignación de cabina)
__ MASCULINO __ FEMENINO

SESIÓN _____

NOMBRE DE GUARDIÁN _____ TEL _____

COREO ELECTRÓNICO _____

- ❖ Por favor marque los pronombres que su hijo quiere que usamos cuando nos referimos a ellos:

“Él” o “Ella” o “Ellos/Ellas” Otro? _____

- ❖ ¿Qué le hace feliz a su hijo?

- ❖ Cuando su hijo se siente triste, solo, o preocupado, ¿cuáles son los signos que debemos buscar?

- ❖ ¿Cómo le gusta a su hijo ser consolado cuándo esta triste?

❖ ¿Cómo se ve cuándo su hijo está enojado?

❖ ¿Cuándo su hijo está enojado cómo recomienda que nosotros respondamos?

❖ ¿Su hijo ha completado con éxito otras pernoctaciones lejos de casa? Sí No

Explica:

❖ ¿A su hijo prefiere jugar a solas o con otros?

❖ ¿Hay algo que su hijo tiene miedo de, o está preocupado de?

❖ ¿Hay algo importante pasando en usted o en la vida de su hijo en este momento? (Por ejemplo, cambios drásticos en la familia, miembros de la familia quien está enfermo, muertes recientes en la familia, cambios en la situación de la vida, etc.)

❖ ¿Cómo se siente su hijo sobre la escuela- dirían que la escuela les hace sentir bien consigo mismos? Sí No

Explica:

- ❖ ¿Ha tenido su hijo experiencia con el tabaco o el alcohol que pueda afectar la forma en que nos necesitan para ayudarlos o responder mejor a sus necesidades? Sí No

Explica:

- ❖ ¿Hay algo más que desea que nosotros sepamos sobre su hijo o su familia?

Firma del padre _____ Fecha _____



Permiso de participación

Nombre de campista: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sesión de campamento: _____

Nombre de guardián: _____ Tel para emergencias _____

Por favor lee las siguientes renunciaciones con atención. Elige *sí* o *no* por cada una. Escribe sus iniciales por cada asunto. Firme y escriba la fecha al fin del documento.

Participación y transportación

Mi hijo (_____) tiene permiso para atender y participar en las actividades de Camp Bovey durante el verano del 2018, lo cual incluye transportación de autobús fletado.

Sí No Comentarios:

____ Iniciales del guardián

Atención médica

En el evento que mi hijo (_____) necesita atención médica o transportación a un centro médico yo doy mi permiso a un personal elegido por el director del campamento a administrar tratamiento y/o transportación. La van del campamento se usa para transportación médica de no amenaza a la vida. Si está en uso, un vehículo aprobado por el director puede ser utilizado.

Sí No Comentarios:

____ Iniciales del guardián

Extensión de fotografía/videografía:

Yo doy mi permiso a Camp Bovey, sus agentes, y sus empleadores el derecho irrevocable e irrestricto de producir fotografías y videos tomados de mi hijo, de mí mismo y de miembros de mi familia mientras estemos en Camp Bovey para cualquier propósito legal incluyendo publicación, promoción, ilustración, publicidad, comercio o archivo histórico de cualquier manera o en cualquier medio. Por la presente libero a Camp Bovey y sus representantes legales de responsabilidad por cualquier violación o reclamo relacionado con dichas imágenes o video. Además, doy permiso para usar las declaraciones de mi hijo, de mí mismo o de los miembros de mi familia durante una entrevista o evaluación con o sin mi nombre con el propósito de sin restricción de límite de tiempo o área geográfica. Renuncio a mi derecho, a los derechos de mi hijo y a los derechos de mi familia a cualquier compensación derivada del uso de estos materiales.

Sí No Comentarios:

____ Iniciales del guardián

Firma del guardián

Fecha



Formulario de respuesta de emergencia

(Requerido por todos los campistas, Consejeros junior, o empleados menor de 18 años)

En caso de una emergencia que requiere atención médica en un clínica o un hospital para su hijo, este formulario será entregado a la clínica u hospital.

Nombre del menor de edad _____ Sesión _____

Nombre de guardián _____

Relación con el menor de edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento del guardián: _____

Tel de casa: _____

Tel de trabajo: _____

Seguro social del Guardián: **(solamente los último 4 números)** _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Dirección de empleador: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

***** POR FAVOR ADJUNTAR UNA COPIA DEL SEGURO MÉDICO *****



Solicitud de Asistencia de pago Verano 2018

NOMBRE(S) DE CAMPISTA(S) – si está solicitando a más de un niño, escribe todos los nombres aquí

SESIÓN(ES) – si su hijo(s) está registrado para más de una sesión, escribe todas las sesiones aquí :

¿Qué tipo de sesión? Sesión de 5 días (\$395) Sesión de 12 días (\$610)

¿Depósito de \$80 hecho por cada hijo?: Sí No

¿Cuál de estas declaraciones describe mejor su solicitud?

- Necesito un **plan de pago solamente**. Pagaré el costo anunciado para la sesión de mi campista, pero necesito distribuirlo en partes. *(Sección A)*
- Necesito **una beca solamente**. Cuando esté aprobado por un costo reducido, voy a pagar el costo completo inmediatamente. *(Sección B)*
- Necesito **una beca y un plan de pago**. Cuando esté aprobado por un costo reducido, voy a pagar el costo ajustado en cuotas. *(Sección C)*

Instrucciones: Solo necesita leer y completar la sección que corresponde con la declaración seleccionado anteriormente. Por ejemplo, si seleccionó la declaración, “Necesito un **plan de pago solamente**. Pagaré el costo anunciado para la sesión de mi campista, pero necesito distribuirlo en partes,” solo necesitará completar *Sección A* y dejar las otras secciones en blanco.

Fechas de vencimiento del pago

- Sección #1/Monarchs – junio 8**
- Sección #2/Stars – junio 15**
- Sección #3/Explorers – junio 29**
- Sección #4/Hodaggers – julio 6**
- Sección #5/Adventurers – julio 20**
- Sección #6/East Side – julio 27**

Sección A: Plan de pago solamente

Campista(s) _____

Balance de verano actual (total para todos los campistas registrados)

\$ _____

¡Elige las fechas de pago que trabaja para usted!

Pago # 1 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 2 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 3 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 4 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 5 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

***Fecha de vencimiento final:** _____

**Nota: Si tiene varios campistas asistiendo a sesiones durante todo el verano, el pago total de la familia será 10 días antes de la última sesión que está registrado. Por ejemplo, si tiene 2 hijos y uno está registrado para la sesión #2 pero el otro está registrado para la sesión #4, el pago total del verano será el 6 de julio.*

Sección A: Plan de pago solamente

Yo, (persona responsable por el pago) _____, acepto pagar el balance total del verano de mi familia de _____ de acuerdo con las fechas acordadas anteriormente. Si necesito hacer un cambio a los pagos o a mi pago final, notificaré al registrador para actualizar mi plan de pago.

(Firma de la parte responsable) Fecha _____

Sección B: Una beca solamente

Campista(s) _____

¡Gracias a nuestros donantes, hemos cumplido nuestro objetivo de hacer el campamento posible para todos los campistas! La siguiente sección nos ayuda a encontrar un comienzo para ajustar el costo del campamento para asegurar que su hijo/a puede asistir a Camp Bovey.

Por favor marque el ingreso mensual que coincide con la situación de su familia.

Por ejemplo,, si 3 personas viven en su hogar y su total de cheques para el mes equivale a \$3, 250, marcaras \$3150-3403. En la fila de Nuevo Total estará su costo ajustado. Por una sesión de 5 días, \$160.00; por una sesión de 12 días, \$370.00.

	¿Cuántos viven en su hogar?	Ingreso Mensual (¿Cuánto dinero recibe cada mes?)				
		\$0-\$2504	\$2505-2706	\$2707-3383	+ \$3384	
Fila A	2 personas	\$0-\$2504	\$2505-2706	\$2707-3383	+ \$3384	
Fila B	3 personas	\$0-\$3149	\$3150-3403	\$3404-4254	+ \$4255	
Fila C	4 personas	\$0-\$3793	\$3794-4100	\$4101-5125	+ \$5126	
Fila D	5 personas	\$0-\$4437	\$4438-4797	\$4798-5996	+ \$5997	
Fila E	6 personas o más	\$0-\$5082	\$5083-5493	\$5494-6867	+ \$6868	
NUEVO TOTAL	Costo Ajustado Sesión de 5 días	\$135.00	\$160.00	\$270.00		<i>Si su ingreso cae dentro de esta columna, por favor explique su necesidad en el espacio adelante.</i>
NUEVO TOTAL	Costo Ajustado Sesión de 12 días	\$270.00	\$370.00	\$405.00		

Costo de la sesión ajustado _____

Total costo del verano ajustado _____

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre la situación financiera de su familia?

Sección B: Una beca solamente

Yo, (persona responsable por el pago) _____, entiendo que un depósito de \$80 por cada campista es requerido y no esta reducido por este formulario. Acepto pagar el costo del verano ajustado de _____.

_____ Fecha _____

(Firma de la parte responsable)

Sección C: Beca y plan de pago (frente y detrás)

Campista(s) _____

¡Gracias a nuestros donantes, hemos cumplido nuestro objetivo de hacer el campamento posible para todo los campistas! la siguiente sección nos ayuda a encontrar un comienzo para ajustar el costo del campamento para asegurar que su hijo/a puede asistir a Camp Bovey.

Por favor marque el ingreso mensual que coincide con la situación de su familia.

Por ejemplo,, si 3 personas viven en su hogar y su total de cheques para el mes equivale a \$3, 250, marcaras \$3150-3403. En la fila de Nuevo Total estará su costo ajustado. Por una sesión de 5 días, \$160.00; por una sesión de 12 días, \$370.00.

	¿Cuántos viven en su hogar?	Ingreso Mensual (¿Cuánto dinero recibe cada mes?)			
Fila A	2 personas	\$0-\$2504	\$2505-2706	\$2707-3383	+ \$3384
Fila B	3 personas	\$0-\$3149	\$3150-3403	\$3404-4254	+ \$4255
Fila C	4 personas	\$0-\$3793	\$3794-4100	\$4101-5125	+ \$5126
Fila D	5 personas	\$0-\$4437	\$4438-4797	\$4798-5996	+ \$5997
Fila E	6 personas o más	\$0-\$5082	\$5083-5493	\$5494-6867	+ \$6868
NUEVO TOTAL	Costo Ajustado Sesión de 5 días	\$135.00	\$160.00	\$270.00	<i>Si su ingreso cae dentro de esta columna, por favor explique su necesidad en el espacio adelante.</i>
NUEVO TOTAL	Costo Ajustado Sesión de 12 días	\$270.00	\$370.00	\$405.00	

Costo de la sesión ajustado _____

Total costo del verano ajustado _____

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre la situación financiera de su familia?

Sección C: Beca y plan de pago (continuado)

¡Elige las fechas de pago que trabaja para usted!

Pago # 1 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 2 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 3 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 4 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

Pago # 5 _____ Cantidad \$ _____
(Fecha aprobado por registrador)

***Fecha de vencimiento final:** _____

**Nota: Si tiene varios campistas asistiendo a sesiones durante todo el verano, el pago total de la familia será 10 días antes de la última sesión que está registrado. Por ejemplo, si tiene 2 hijos y uno está registrado para sesión #2 pero el otro está registrado para la sesión #4, el pago total del verano será el 6 de julio.*

Sección C: Beca y plan de pago

Yo, (persona responsable por el pago) _____, entiendo que un depósito de \$80 por cada campista es requerido y no esta reducido por este formulario. Acepto pagar el costo del verano ajustado de _____. Si necesito hacer un cambio a los pagos o a mi pago final, notificaré al registrador para actualizar mi plan de pago.

_____ Fecha _____

(Firma de la parte responsable)



Lista de empaque del personal

Personal debe estar preparado por todo tipos de clima—**¡incluso el frío y clima lluviosa!** Por favor empaque lo suficiente para toda su estadía. **¡La ropa vieja es mejor!** Somos un campo rustico y las cosas se ensuciarán. **¡Etiquetar todo!!** *Se le recomienda* **ROCIAR TODO LA ROPA, ZAPATOS, MEDIAS, CHAQUETAS, GORROS, BOLSAS DE DORMIR, ALMOHADAS, Y COBIJAS CON UN REPELENTE PARA GARRAPATAS ANTES DE EMPACARLO.** Las garrapatas son una tema SERIA. Considera Sawyer® Permethrin Tick Repellent para ropa y tapicería.

NO traiga: Electrónicos, comida/aperitivos/dulces, dinero, cuchillos, hachas, encendedores, fósforos, equipaje deportivo o cosas valiosas. (Si traiga celulares o cámaras, no podemos garantizar su seguridad y les pediremos a mantenerlo en la casa principal la mayor parte del tiempo.)

NECESIDADES OBLIGATORIAS	Según sea necesario / Opcional
<p>De dormir:</p> <p>_____ Almohada y funda de almohada</p> <p>_____ Bolsa de dormir <u>o</u> sábanas con una cobija pesada</p> <p>_____ 1 sábana ajustable (twin) que va debajo del bolsa de dormir</p> <p>_____ Cobija adicional</p> <p>Ropa:</p> <p>_____ Interiores (suficiente por cada día más 2 adicionales)</p> <p>_____ Medias (suficiente por cada día más 2 adicionales)</p> <p>_____ Camisetas (uno por cada día)</p> <p>_____ Sudaderos</p> <p>_____ Pantalones cortos</p> <p>_____ Jeans/ Pantalones largos</p> <p>_____ Impermeable o poncho</p> <p>_____ pañuelo de cabeza o gorro</p> <p>_____ Chaqueta ligera</p> <p>_____ Ropa de dormir</p> <p>Calzado:</p> <p>_____ 1 o 2 pares de zapatos resistentes (tenis/para caminar)</p> <p>_____ Chancletas</p> <p>Seguridad e higiene:</p> <p>_____ Botella de agua reutilizable</p> <p>_____ Repelente de insectos (con mínimo de 25% Deet)</p> <p>_____ Protector Solar (SPF 15 o más)</p> <p>_____ Linterna eléctrica <u>o</u> lámpara de cabeza con baterías adicional</p> <p>_____ Pasta de dientes y Cepillo de dientes</p> <p>_____ Cepillo de pelo</p> <p>_____ Jabón</p> <p>_____ Champú</p> <p>_____ Desodorante</p> <p>_____ Toallita</p> <p>_____ Bolsa de basura para ropa sucia/mojada para el regreso</p> <p>Natación:</p> <p>_____ 2 toallas (uno para la playa, uno para bañarse)</p> <p>_____ Traje de baño (NO BIKINIS)</p>	<p>_____ Productos femeninos</p> <p>_____ Gafas de protección</p> <p>_____ Cintas para el pelo adicionales</p> <p>_____ Lápiz/Cuaderno</p> <p>_____ Pre-dirigido, pre-sellado sobres/Tarjetas postales</p> <p>_____ Chapstick</p> <p>_____ Kleenex</p> <p>_____ Libros</p> <p>_____ Peluches u otro artículo de consuelo</p> <p style="text-align: center;">*** MEDICACIONES***</p> <p style="text-align: center;">Por favor empaque TODA medicación en los frascos originales en una bolsa de ziploc con el nombre del campista impreso en la bolsa en marcador permanente</p> <p>TODA medicaciones de prescripción y de sin receta deben de estar en los frascos ORIGINALES con el nombre del campista y el dosificación claramente establecido.</p> <p>Recoge toda tu medicación con prescripción y sin prescripción, el día viernes. El personal del campamento las estará entregando</p> <p><u>Nota:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ NO tenemos lavandería para los campistas. ➤ El campamento no está responsable por los objetos personales, dinero, o medicaciones perdidos, olvidados, o robados. <u>No hay un lugar para objetos perdidos</u> después de los sesiones de campamento.