

MGH Revere Youth Zone April Vacation Camp Registration Form
April 17-21, 2023 8:30 a.m.- 3:30 p.m.
Location: Youth Zone, 300 Broadway, Revere, MA 02151
Fee: \$35.00 (financial assistance available*)

We look forward to having your children join us for an exciting 2023 April Vacation Camp! Campers will be printmaking in the Art Room, playing at Hill Park, and experiencing a fun and educational program from Dr. Gracia Kwete and Dr. Awab Ibrahim! Tentative field trip to the ICA on April 21st!

REGISTER EARLY PLEASE!

Please have your child eat breakfast at home and bring lunch daily. We will provide snacks. Please make sure your child is dressed appropriately for the weather. We will be going outside!

Please make your \$35.00 check out to: MGH Revere Youth Zone
Please include your child's most recent physical and immunization record.

Child's Name & Pronouns: _____ Age: _____

Address: _____

Parent/Guardian(s) name: _____

Cell phone: _____ Home phone: _____ Work phone: _____

Medical conditions: _____ Allergies: _____

Medications taken during camp hours: _____

Child's pediatrician: _____ Phone#: _____

Emergency contacts

1. Name _____ Relationship _____ Phone#: _____

2. Name _____ Relationship _____ Phone#: _____

For the campers:

I agree to participate in the scheduled activities. I agree to abide by all Youth Zone rules and regulations. If I choose to disrespect the rules and regulations, then I will not be able to continue coming to camp or attend the field trip.

Camper signature _____ Date _____

Parent/Guardian signature _____ Date _____

*Scholarship applications available. Please contact Youth Zone staff at (617) 548-3723 or mlenson@partners.org



MASSACHUSETTS
GENERAL HOSPITAL

REVERE
HEALTHCARE CENTER

MGH Revere Youth Zone Scholarship Application

Student Information

Student's name _____ Date of Birth _____

Gender (Pronouns) _____

Race (optional): Asian ___ African American ___ Caribbean Islands ___ Caucasian ___
Hispanic ___ Multi-racial ___ Native American ___ Other _____

Child lives with (please check all that apply):

Both parents ___ Mother only ___ Father only ___ Aunt/Uncle ___ Sibling(s) ___

Grandparent ___ Guardian ___ Foster parent ___ Stepparent ___ Other _____

Please check which camp(s) your child will be attending:

February vacation camp _____

April vacation camp _____

Summer camp _____

Head(s) of Household

First & Last Name _____

Address _____ State ___ Zip code _____

Home phone # _____ Cell phone # _____ Work phone # _____

Email address _____

Employer _____ Occupation _____

Relationship to student _____

First & Last Name _____

Address _____ State ___ Zip code _____

Home phone # _____ Cell phone # _____ Work phone # _____

Email address _____

Employer _____ Occupation _____

Relationship to student _____

First language spoken at home: _____

Assistance Programs (please check all that apply):

Food stamps_____ Social Security Disability Income_____ Social Security_____
General Assistance_____ Veterans Compensation_____ Day Care Voucher_____
Medicaid_____ DCF Assistance_____ Contracted Slots_____ Free/Reduced Lunch_____
Child Support _____ Fuel Assistance_____ Section 8 Voucher_____

Why do you feel this student should be considered for a scholarship?

The application is factual and complete to the best of my ability.

Parent/Guardian(s) signature _____ Date _____

A \$5.00 deposit will be required to hold the student’s place. The deposit will be refunded at the end of camp.

If you have any questions, please contact Michael Lenson, Program Manager at mlenson@partners.org or (617)-548-3723

Applications may be emailed to mlenson@partners.org or delivered to:

MGH Revere Youth Zone
300 Broadway, 2nd floor
Revere, MA 02151

This information is confidential and will only be used for scholarship purposes

MGH Revere Youth Zone April Vacation Camp
April 17-21, 2023 8:30 a.m.- 3:30 p.m.
Ubicación: Youth Zone, 300 Broadway, Revere, MA 02151
Tarifa: \$35.00 (asistencia financiera disponible *)

¡Esperamos que sus hijos se unan a nosotros para un emocionante campamento de vacaciones de abril de 2023! ¡Los campistas harán grabados en el salón de arte, practicarán deportes en Hill Park y experimentarán un programa divertido y educativo de la Dr. Gracia Kwete! ¡Viaje tentativo al ICA el 21 de abril!

¡Registrarse temprano por favor!

Haga que su hijo desayune en casa y traiga el almuerzo todos los días. Proporcionaremos refrigerios por la mañana y por la tarde. Asegúrese de que su hijo esté vestido apropiadamente para el clima. ¡Saldremos afuera!

Por favor haga su cheque de \$35.00 a: MGH Revere Youth Zone
Incluya el registro físico y de vacunación más reciente de su hijo.

El nombre del niño: _____ Edad: _____

Dirección de casa: _____

Nombres de los padres/ Guardiáns _____

Móvil #: _____ Casa #: _____ Trabajo #: _____

Condiciones médicas: _____ Alergias: _____

Medicamentos tomados durante el horario de campamento.: _____

Doctor del niño: _____ Teléfono #: _____

Contactos de Emergencia

3. Nombre _____ Relación _____ Teléfono #: _____

4. Nombre _____ Relación _____ Teléfono #: _____

Para los campistas:

Acepto participar en las actividades programadas. Acepto cumplir con todas las reglas y regulaciones de la Zona Juvenil. Si elijo no respetar las reglas y regulaciones, entonces no podré seguir viniendo al campamento o asistir a la excursión.

Firma del niño _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

* Solicitudes de becas disponibles. Comuníquese con el personal de la Youth Zone al (617) 548-3723 or mlenson@partners.org



MASSACHUSETTS
GENERAL HOSPITAL

REVERE
HEALTHCARE CENTER

MGH Revere Youth Zone Aplicación de Beca

Información del Estudiante

El Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Género (Pronombres) _____

Raza (opcional): Asiático ___ Afroamericano ___ Islas del Caribe ___ Caucásico ___

Hispano ___ Multirracial ___ Nativo Americano ___ Otro _____

Child lives with (please check all that apply):

Ambos padres ___ Solo la Madre ___ Solo el Padre ___ Tía/Tío ___ Hermano(s) ___

Abuelo ___ Guardián ___ Padre adoptivo ___ Padrastro ___ Otro _____

Marque a qué campamento(s) asistirá su hijo:

Campamento de Vacaciones de Febrero _____

Campamento de Vacaciones de Abril _____

Campamento de Verano _____

Jefe(s) de Hogar

Primer apellido _____

Dirección _____ Estado ___ Código postal _____

Móvil # _____ Casa # _____ Trabajo # _____

Dirección de correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Relación con el estudiante _____

Primer apellido _____

Dirección _____ Estado ___ Código postal _____

Móvil # _____ Casa # _____ Trabajo # _____

Dirección de correo electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Relación con el estudiante _____

Primera lengua hablada en casa: _____

Programas de Asistencia (marque todo lo que corresponda):

Cupones para alimentos____ Ingreso por incapacidad del Seguro Social____ Seguro Social____
Asistencia general____ Compensación de veteranos____ Vale de guardería____
Medicaid____ Asistencia del DCF____ Espacios contratados____
Almuerzo gratis/reducido____ Manutención de niños ____ Asistencia de combustible____
Vale de la Sección 8_____

¿Por qué cree que este estudiante debería ser considerado para una beca?

La solicitud es objetiva y completa en la medida de mis posibilidades.

Firma del Padre/Guardián(s) _____ Fecha _____

Se requerirá un depósito de \$5.00 para reservar el lugar del estudiante. El depósito será devuelto al final del campamento.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Michael Lenson, Director del Programa, en mlenson@partners.org o (617)-548-3723

Las solicitudes pueden enviarse por correo electrónico a mlenson@partners.org o entregado a:

MGH Revere Youth Zone
300 Broadway, 2nd floor
Revere, MA 02151

Esta información es confidencial y solo se utilizará con fines de becas.