

MGH Revere Youth Zone Summer Camp 2023

300 Broadway, 2nd floor, Revere, MA 02151

Lunes-Viernes 8:30am-3:30pm

Julio 10 - Agosto 11, 2023

¡The MGH Revere Youth Zone invita a **los jóvenes de 9 a 17 años** a unirse a la diversión en nuestro campamento de verano de 2023! Nuestros días en el sitio incluyen deportes y juegos recreativos, lecciones de cocina, arte, jardinería y muchas oportunidades para hacer nuevos amigos. ¡Nuestras maravillosas excursiones incluyen Canobie Lake Park, The Museum of Science, George's Island, y más!

El Nombre del Niño _____ **Edad** _____

Indique a qué semana(s) le gustaría que asistiera su hijo:

Semana 1: Julio 10-14 _____

Semana 2: Julio 17-21 _____

Semana 3: Julio 24-28 _____

Semana 4: Julio 31—Agosto 4 _____

Semana 5: Agosto 7-11 _____

HORARIO DEL CAMPAMENTO: 8:30 am - 3:30 pm

CUOTA DEL CAMPAMENTO POR SEMANA: \$30.00*

*Un número limitado de becas está disponible según la necesidad económica. Pídale a Michael Lenson una aplicación.

Talla de camiseta (tallas de adulto):

XS___ S___ M___ L___ XL___ 2XL___

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REGISTRO:

___ Formulario de inscripción

___ Examen físico en el último año

___ Registro completo de vacunas

___ Formulario de patinaje sobre hielo *(solo si asiste al campamento Semana 3)*

DE ACUERDO CON LAS REGULACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE MASSACHUSETTS, NINGÚN NIÑO PUEDE ASISTIR AL CAMPAMENTO SIN FORMULARIOS COMPLETOS DE INMUNIZACIÓN/EXAMEN FÍSICO EN EL LUGAR. EL NO ENVIAR LOS FORMULARIOS CAUSARÁ QUE EL NIÑO SEA EXCUSADO DEL CAMPAMENTO. NO SE DARÁN REEMBOLSOS.

Para más información, póngase en contacto con:

Michael Lenson, director del programa

mlenson@partners.org

Teléfono de oficina: (781) 485-6056

Celular: (617) 548-3723

¡LA INSCRIPCIÓN ES POR PRIMERA BASE! FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN: 9 DE JUNIO DE 2023

LOS FORMULARIOS SE PUEDEN ENTREGAR EN PERSONA O ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A mlenson@partners.org



MGH Revere Youth Zone – Formulario de Inscripción

Programa:
Fecha:
Recibido por

300 Broadway, P.O. Box 88
Revere, MA 02151
781-485-6030
Fax 781-284-0066

Información para el Socio

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Dirección de Casa: _____

Hombre Mujer

Madre/Apoderado #1

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

Es su dirección igual a la de su niño/a? Sí No

En caso contrario, indique cual es: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Empleador: _____

Padre/Apoderado #2

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

Es su dirección igual a la de su niño/a? Sí No

En caso contrario, indique cual es: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Empleador: _____

Contactos de Emergencia

NO LISTE AL PADRE, LA MADRE O APODERADO

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el niño/la niña: _____

Relación con el niño/la niña: _____

Teléfono Principal: _____

Teléfono Principal: _____

Teléfono Secundario: _____

Teléfono Secundario: _____

Para Recoger/ Dejar a su Niño/a

My hijo/a puede llegar y salir del Youth Zone por cuenta propia: Sí No

De no ser así, mi hijo/a puede llegar o irse con su Madre/Apoderada #1 Padre/Apoderado #2 Contacto de Emergencia Otro

Otro: (1) Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ Teléfono Principal: _____

(2) Nombre: _____ Relación con el niño/a: _____ Teléfono Principal: _____

Por favor enumere a cualquier persona que NO tenga permitido recoger a su hijo: _____

Este documento así con un registro físico y también de vacunación actualizado es necesario para atender el programa. Todo los documentos se pueden enviar por fax a **781-284-0066**

Información Médica

Por favor, anote toda condición médica que su hijo/a tenga: _____

Por favor, liste todos los medicamentos que toma su hijo/a: _____

Mi hijo/a toma solo sus medicamentos: Mi hijo/a requiere de supervisión para tomar sus medicamentos:

Pediatra de mi Niño/a: _____ Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Seguro Médico de su Niño/a: _____ Número de Póliza: _____

En caso de una emergencia, mi niño/a debe ser transportado al siguiente hospital: _____

Historial General de Salud

Mi niño/a tiene alergias: Sí No Si las tiene, especifique a qué y los síntomas que le produce: _____

Mi niño/a necesita una alimentación especial: Sí No En caso afirmativo, describir: _____

Mi niño/a puede desarrollar actividades físicas: Sí No De no poder, explicar: _____

Yo certifico que las vacunas de mi hijo/a están al día:

Chequeo anual recibido: Sí No Historial de Inmunización: Sí No

Autorizaciones

Audio/Video/Fotos & Medios Sociales: Yo autorizo que mi hijo sea fotografiado, video-grabado o grabado por audio dentro de la comunidad y en el Youth Zone con la finalidad de promover el Youth Zone de MGH Revere y con el propósito de recaudar fondos para nuestra organización. Asimismo, estoy conforme con que mi hijo aparezca en los medios sociales de nuestra página web/internet. Sí, lo autorizo No, no lo autorizo

Cocina: [Permito que mi hijo/a se involucre y participe en el Club de Cocina/ de MGH Revere bajo la supervisión de nuestros empleados y otros integrantes.](#) Sí, lo autorizo No, no lo autorizo

Natación/navegación/actividades acuáticas: Estoy de acuerdo con que mi hijo/a se involucre en cualquier actividad de natación/navegación/actividad acuática impulsada por el Youth Zone. Sí, lo autorizo No, no lo autorizo

Bloqueador Solar: Estoy conforme con que mi hijo/a se aplique y use bloqueador solar durante toda actividad en que nuestro equipo de trabajo lo considere necesario. Sí, lo autorizo No, no lo autorizo

Acuerdo de Socio

Como socio del Youth Zone de MGH Revere, me comprometo a:

Respetar a los demás en todo momento

- Respetar la propiedad del Youth Zone en todo momento, contribuyendo a su clima limpio y seguro
- Ofrecer mi ayuda siempre que fuere necesario
- Escuchar con cuidado a los trabajadores cuando hablen
- Abstenerme de profanidades y formas vulgares de expresión
- A nunca amedrentar, abusar, tomarle el pelo o atacar en grupo de forma o manera alguna a los demás integrantes
- Abstenerme de cualquier confrontación física o amenaza de volverme violento físicamente, sea pateando, pegando, golpeando, etc..
- Abstenerme de traer artículos ilegales o inapropiados al Youth Zone, incluyendo armas, drogas, alcohol o parafernalia
- Entender que en el caso de que un artículo se pierda o sea robado no responsabilizaré de ello al Youth Zone.

Firma del Padre de Familia/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del Niño/a: _____ Fecha: _____

Comprendo que si violo este acuerdo de socio mi padre o madre/apoderado será contactado y que podría suspenderse o concluirse mi participación en el Youth Zone.

Staff Purposes Only: Entered into ETO on _____ by _____

FMC ICE SPORTS

ASSUMPTION OF RISK AGREEMENT FOR INDEPENDENT GROUPS

Please Read Before Signing

By signing this form I hereby acknowledge that I have been made aware of the inherent risks involved in ice sports activities and I knowingly and freely accept those risks. Further, I acknowledge and agree that:

1. The risk of injury from the activities involved in this ice sports program are significant, including the potential for permanent paralysis and death, and while particular rules, equipment, and personal discipline may reduce this risk, the risk of serious injury does exist; and
2. I KNOWINGLY AND FREELY ASSUME ALL SUCH RISKS, both known and unknown of my participation in this independent ice sports group and assume full responsibility for my participation and,
3. I willingly agree to abide by the stated and customary terms and conditions for participation in these types of activities at the ice rink. If, however, I observe any unusual condition or hazard during my presence or participation, I will remove myself from participation and bring such to the attention of the nearest official immediately; and,
4. I, for myself and on my behalf of my heirs, assigns, personal representatives and next of kin, hereby release Facility Management Corporation and the Commonwealth of Massachusetts, their officers, officials, agents and/or employees ("Releasees"), with respect to any and all injury, disability, death, or loss or damage to persons or property, not arising out of the negligence of the Releasees, to the fullest extent permitted by law.

I have read and understood the above Assumption of Risk Agreement and sign it freely and voluntarily without any inducement.

PARTICIPANT NAME: _____ (Please print)

ADDRESS: _____ **CITY** _____ **ZIP** _____

PHONE NUMBER: _____ **EMAIL:** _____

X _____

PARTICIPANT'S SIGNATURE _____ **DATE SIGNED** _____ **AGE** _____

FOR PARENTS/GUARDIANS OF PARTICIPANTS OF MINORITY AGE
(UNDER AGE 18 AT TIME OF REGISTRATION)

This is to certify that I, as parent/guardian with legal responsibility for this participant, do consent and agree to his/her release as provided above of all the named Releasees.

X _____

PARENT / GUARDIAN SIGNATURE _____ **DATE SIGNED** _____