Gaithersburg
A CHARACTER COUNTS! CITY

City of Gaithersburg - Department of Parks, Recreation, and Culture - 301.258.6350

2016 Participant Consent Form

Camp Name_____ Location _____

PARTICIPANT INFORMATION

Name of Camper _____ D.O.B. ___/___/___ Age ____ M ___ F___

Address_____

Mother/Guardian Name_____ Father/Guardian Name_____

Mother Phone (C) _____ Father Phone (C) _____

Mother Phone (W) _____ Father Phone (W) _____

Phone (H) _____

RELEASE AUTHORIZATION & EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Please check appropriate box:

☐ My child will walk home at the end of the program.

☐ My child will be picked up by the parent/guardian or by an authorized emergency contact listed below:

1. Emergency Contact Name_____ Phone _____

2. Emergency Contact Name_____ Phone _____

Note: If there are individuals who are specifically NOT authorized to pick your child up from camp, please notify the camp supervisor before camp starts at 301-258-6350.

HEALTH HISTORY

Does your child attend a Maryland school? ☐ Yes ☐ No

If not, in what state or US territory does your child reside? _____

If outside of the US, please attach a copy of the DHMH-896 form with your child's immunization record.

Is your child exempt from any immunizations for religious or medical reasons? ☐ Yes ☐ No

If yes, please submit appropriate papers.

Please check your child's swimming ability:

_____ Non swimmer _____ Swimmer

Physician's Name_____ Phone_____

Dietary Restrictions/Allergies: _____

Chronic/Recurring Illness:_____

List any concerns which may affect your child's participation in any activities including behavioral or psychiatric needs that we may need to be aware of to ensure that your child's camp experience is positive. _____

_____

Is your child taking any medications? ☐ Yes ☐ No

If yes, what medications and why?_____

Note: If your child needs any medication during program hours, you must complete a medication form and give it to the site leaders on the first day of camp. All forms are available online at www.gaithersburgmd.gov.

My child has my permission to attend the Summer Camp Program as listed above, sponsored by the City of Gaithersburg Department of Parks, Recreation, and Culture. I give permission for my child to take part in all activities which will take place including field trips and recreational swimming. Transportation, when necessary, will be provided by County or City vehicles. I understand that although safety precautions will be observed, the City of Gaithersburg, its employees, and agents will not be responsible for personal property lost by my child or for any injury sustained in the program. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to the physician selected by the camp to secure proper treatment for my child.

_____ _____

Signature of Parent or Legal Guardian Date

City of Gaithersburg - Department of Parks, Recreation, and Culture - 301.258.6350

2016 Formulario de Consentimiento de Participante

Nombre de Campamento_____ Ubicación _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del Campista _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Edad ___ M ___ F___

Dirección _____

Nombre de Madre/Guardián _____ Nombre de Padre/Guardián _____

Teléfono de Madre (Celular)_____ Teléfono de Padre (Celular) _____

Teléfono de Madre (Trabajo) _____ Teléfono de Padre (Trabajo) _____

Teléfono (Casa) _____

LIBERACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIAS

Por favor, marque la casilla apropiada:

☐ Mi hijo(a) camina a casa al final del programa.

☐ Mi hijo(a) será recogido por el padre/guardián o por un contacto de emergencia autorizado indicado abajo:

1. Nombre de contacto de emergencia _____ Teléfono _____
2. Nombre de contacto de emergencia _____ Teléfono _____

**** Nota: Si hay individuos que están específicamente NO autorizadas a recoger a su hijo del campamento, por favor notifique al supervisor del campamento antes que comience el campamento al 301-258-6350.***

HISTORAL MÉDICO

Asiste su hijo(a) una escuela en Maryland? ☐ SÍ ☐ No

Si no, en qué estado o territorio estadounidense reside su hijo(a)? _____

Si vive fuera de los EE.UU., adjunte una copia del formulario DHMH-896 con el registro de vacunas de su hijo.

¿Es su hijo(a) exento de las vacunas por razones religiosas o médicas? ☐ SÍ ☐ No

Si es así, por favor, someta los documentos apropiados.

Marque la capacidad de natación de su hijo(a):

_____ No Nadador _____ Nadador

Nombre del Médico _____ Teléfono_____

Restricciones Dietéticas/Alergias: _____

Enfermedades Recurrentes/Crónicas: _____

Indique las preocupaciones que puedan afectar la participación de su hijo(a) en cualquier actividad incluyendo necesidades de comportamiento o psiquiátricos de que tengamos que ser consciente para asegurar que la experiencia de campamento de su hijo(a) es positivo. _____

_____

¿Está su hijo tomando medicamentos? ☐ SÍ ☐ No

Si es así, qué medicamentos y por qué? _____

**** Nota: Si su hijo necesita algún medicamento durante las horas del programa, debe completar un formulario de medicamentos y dárselo a los líderes del sitio el primer día del campamento. Todos los formularios están disponibles en el sitio web www.gaithersburgmd.gov.***

Mi hijo tiene mi permiso para asistir al Programa de Campamento de Verano que se enumeran más arriba, patrocinado por el Departamento de Parques, Recreación y Cultura de la Ciudad de Gaithersburg. Yo doy permiso para que mi hijo(a) participe en todas las actividades que tomarán acabo incluyendo excursiones y natación recreativa. Transporte, cuando sea necesario, será proporcionado por los vehículos del Condado o de la Ciudad. Entiendo que, aunque se observan las precauciones de seguridad, la Ciudad de Gaithersburg, sus empleados y agentes no serán responsables de los pertenencias perdidas por mi hijo(a) o por cualquier lesión sufrida en el programa. En el caso de que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al médico seleccionado por el campamento para asegurar el tratamiento adecuado de mi hijo(a).

_____ _____

Firma de Padre o Guardián Legal Fecha