



2019 Camp Participant Consent Form

Camp Name _____ Location _____

PARTICIPANT INFORMATION

Name of Camper _____ D.O.B. ___/___/___ Age ____ M F
Address _____
Parent (Legal Guardian) Name _____ Parent (Legal Guardian) Name _____
Best Phone _____ Best Phone _____

RELEASE AUTHORIZATION & EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Please check appropriate box below:
 My child will walk home at the end of the program.
 My child will be picked up by the parents/guardians stated above or by the authorized emergency contact listed below:

Emergency Contact Name _____ Phone _____
other than parent)

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

Please check your child's swimming ability:
 Non swimmer Swimmer

HEALTH INFORMATION

Physician's Name *OR* _____
other Medical Provider _____ Phone _____

Are there any health problems including physical, psychiatric, or behavioral problems of which we need to be aware to ensure that your child's camp experience is positive? Yes No

If Yes, explain: _____

Are there any medications, dietary restrictions, allergies or special needs that we need to be aware of to ensure that your child's camp experience is positive? Yes No

If Yes, explain: _____

***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. Forms are available online at gaithersburgmd.gov.**

IMMUNIZATION INFORMATION

Is your child exempt from any immunizations because of a parental or guardian objection or medical reasons? Yes No

If yes, please list exemptions _____

Does your child currently reside within the United States, a US territory, or the District of Columbia?
If no, please attach a copy of the MDH-896 form with your child's immunization record. Yes No

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. I give City staff permission to spray sunscreen on my child. 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



2019 Formulario de Consentimiento de Participante

Nombre del Campamento _____ Ubicación _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del Campista _____ Fecha de Nacimiento __/__/__ Edad ____ M F

Dirección _____

Nombre del Padre (Guardián legal) _____ Nombre del Padre (Guardián legal) _____

Teléfono Preferido _____ Teléfono Preferido _____

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN 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 indicado arriba o por un contacto de emergencia autorizado

indicado abajo:

Nombre de contacto de emergencia _____ Teléfono _____

(que no es padre)

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

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

No Nadador

Nadador

HISTORAL MÉDICO

Nombre del Médico O otro Médico Proveedor _____ Teléfono _____

¿Hay algunas preocupaciones de salud incluyendo problemas físicos, psiquiátricos o de comportamiento que tenemos que saber para asegurar que la experiencia de campamento de su hijo(a) sea positivo? Sí No

Si es sí, por favor explica: _____

¿Hay algunos medicamentos, restricciones dietéticas, alergias, o necesidades especiales que tenemos que saber para asegurar que la experiencia de campamento de su hijo(a) sea positivo? Sí No

Si es sí, explica: _____

INFORMACIÓN DE IMUNICACIÓN

***Note: Si su hijo(a) 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. Los formularios están disponibles en la pagina de web: gaithersburgmd.gov.**

¿Su hijo es eximido de las vacunas por razones médicos o objeciones de padre/guardián legal? Sí No

Si es así, favor indique los exentos _____

¿Su hijo(a) reside dentro de los EEUU, un territorio estadounidense, o el Distrito de Columbia? Si no, adjunte una copia del formulario MDH-896 con el registro de vacunas de su hijo. Sí No

Mi hijo tiene mi permiso para asistir al Programa de Campamento de Verano que se enumeran 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. Les doy permiso a los empleados de la Ciudad para rociar protector solar a mi hijo(a). 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 las pertenencias perdidas por mi hijo(a) o por cualquier lesion sufrida en el programa. En el caso de que yo no puedo ser localizado en caso de emergencia, doy permiso al médico seleccionado por el campamento para asegurar el tratamiento adecuado para mi hijo(a).

Firma de Padre o Guardián Legal

Fecha