



Cinco de Mayo, Inc.
 LULAC 16001, La Cima
 P.O. Box 5042
 Bossier City, LA 71171
www.lacima.org

Delegate Registration /Medical Form

\$20.00 Registration Fee

DO NOT FAX THIS FORM!

LA CIMA BILINGUAL LEADERSHIP CAMP: 10am Saturday July 22, 2017 THRU 12 noon SUNDAY July 23, 2017
LOCATION: Centenary College.....James Hall....Shreveport, LA Contact: Norma (903) 263-8077 email: ngarza2004@yahoo.com

First Name: _____ Last Name: _____ School: _____

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email Address: _____ Age: _____ Year you graduate from High School **201**_____

Gender: Male Female Birth date: _____ Telephone #: _____ Cell #: _____

Parent or Guardian Name: _____ Telephone #: _____ Cell #: _____

Emergency Contact... (If parent cannot be reached) Name and Relationship: _____

Telephone number of Emergency Contact: _____ Telephone # _____ Cell #: _____

Medical Insurance Company: _____

Policy # _____ Insurance Company contact number: _____

Special Diet or Dietary Concerns (allergies, etc.) Attach additional information if needed: _____

Current Medications/ taken for: _____ / _____

Dosage & time taken per day: _____

Child allergic to any food or medication? Yes No If yes, list: _____

Date of last tetanus shot _____

Can the camp health care professional provide "over the counter" medication to your child? Yes No List restrictions: _____

Should delegate be restricted from any type of physical activity? Yes No If yes, explain _____

Does your child need special accommodations due to physical challenges? Yes No

I give permission for photographs, slides or videos of my child to be used for information, publication, presentation, or other educational purposes. Yes No

Cancellation Policy: Delegates may cancel up to one week before the first day of the Leadership Camp with a full refund. All cancellations received during the six days before the Camp will result in a non-refundable registration fee of **\$20.00**.

Student Agreement: As a delegate, I agree to abide by all regulations established by the officials of the La Cima Leadership Program and will strive to be a worthy representative of my school by contributing my best efforts towards the success of the camp. I have read and understand the cancellation policy and I understand that student drivers are not allowed.

Signature of Student: _____ **Date:** _____

Parent or Guardian Permission: As the parent or guardian I give my permission for my son/daughter to attend the La Cima Leadership Camp. I have read and understand the cancellation policy and I understand that student drivers are not allowed. I authorize La Cima to obtain medical care for my son/daughter in the event such care is necessary. In the event of an emergency I understand that every effort will be made to contact the parent(s) or guardian of the delegate. Permission is hereby granted to the Camp Health care professional or accredited hospital and their associates to perform necessary medical and/or surgical procedures that are deemed essential to the treatment of the above named student. I also agree to be responsible for the payment of such care.

Signature of Parent or Guardian: _____ **Date:** _____



Cinco de Mayo, Inc.
LULAC 16001, La Cima
P.O. Box 5042
Bossier City, LA 71171
www.lacima.org

Matricula Delegada / Forma Medica

\$20.00 Dinero de Proceso

POR FAVOR NO MANDE ESTA FORMA POR FAX

LA CIMA CAMPAMENTO DE LIDERAZGO BILINGUE: 10am Sabado 22 de Julio 2017 Hasta 12 noon Domingo 23 de Julio 2017
LOCATION: Centenary College....James Hall....Shreveport, LA Contacto: Norma (903) 263-8077 email: ngarza2004@yahoo.com

Nombre: _____ Apellido: _____ Escuela: _____

Dirección o P.O. Box: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Correo Electronico: _____ Edad: _____ Año en que graduarás de High School **201**_____

Genero: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Cell: _____

Nombre de Padre o Tutor: _____ Teléfono: _____ Cell #: _____

Contacto de Emergencia... (En caso que no podemos comunicarnos con los padres): Nombre y relación: _____ / _____

Nombre de su Compañía de seguros médicos: _____ Teléfono: _____

Número de la póliza de seguro medico (si tienen algo en efecto) _____

Dieta especial o preocupaciones dietéticas (alergias, etc.) Adjunte informacion adicional si es necesario: _____

Medicamentos actuales / tomando para que: _____ / _____

Dosis y el tiempo en que lo toma: _____

¿Es su niño alérgico a algún alimento o medicamento? Si No Si es así, la lista: _____

Fecha de la última vacuna del tétanos _____

¿Puede el campo profesional de la salud ofrecen "over the counter" medicamento a su hijo? Si No Restricciones: _____

¿Hay razón de que el delegado se limitará a partir de cualquier tipo de actividad física? Si No En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo necesita arreglos especiales debido a problemas físicos? Si No

Doy permiso para fotografías, diapositivas o videos de mi hijo que se utilicen para la información, educación publicación, presentación, o para otros propósitos educativos. Si No

Condiciones de cancelación: Los delegados podrán cancelar hasta una semana antes del primer día del campamento de liderazgo con un reembolso completo. Todas las cancelaciones recibidas durante los seis días antes del comienzo del campamento tendrá como resultado una cuota de inscripción no reembolsable de \$ 20.00

Acuerdo del Estudiante: Como delegado, me comprometo a cumplir con todas las regulaciones establecidas por los funcionarios del Programa de Liderazgo de La Cima y se esforzará por ser un digno representante de mi escuela, contribuyendo de mis mejores esfuerzos para el éxito del campamento. He leído y entiendo la política de cancelación y entiendo que no se permiten que los delegados manejen autos al campamento.

Firma del Estudiante: _____ **Fecha:** _____

Permiso del padre o tutor: Como padre o tutor le doy mi permiso para que mi hijo / hija vaya al campamento La Cima de liderazgo. He leído y entiendo la política de cancelación y entiendo que no permitimos que los estudiantes manejen autos al campamento. Yo autorizo a La Cima a recibir atención médica para mi hijo / hija en el caso de la atención es necesaria. En el caso de una emergencia entiendo que se hará todo lo posible para contactar al padre (s) o tutor del delegado. Se concede permiso al hospital del campo profesional de la salud o acreditados y sus asociados para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos y / o quirúrgicos que se consideran esenciales para el tratamiento de la estudiante arriba mencionado. También me comprometo a ser responsable del pago de dicha atención.

Firma del Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____