



XXXV Campamento Juvenil para Deportes en Silla de Ruedas
11-15 de junio de 2018

Formulario de inscripción oficial

FECHA LÍMITE DE ENTREGA:

Se ruega completar el formulario de inscripción y enviarlo antes del 18 de mayo a:

Colorado Junior Wheelchair Sports Camp
c/o Mary Carpenter,
1080 South Independence Court
Lakewood, CO 80226-4024
Teléfono: casa: (303) 985-7525; celular: (303) 895-9443
FAX: 1 (877) 395-1487
Correo electrónico: wscsdenvr@gmail.com

Nombre del/de la participante _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo _____
APELLOS (EN LETRA DE MOLDE) NOMBRE
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ @ _____

Teléfono del/de la participante (____) _____

Nombre del padre, madre o tutor/a legal _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Discapacidad: _____

Otras condiciones médicas/alergias (sea específico): _____

Ataques convulsivos *Si/No* Alergia al látex: *Si/No*

Medicamentos que necesita tomar durante las horas del campamento (incluya el nombre del medicamento/s) e indique la/s hora/s específica/s y la/s dosis a tomar _____

Toma medicamentos (marque la casilla correspondiente): De forma independiente Necesita asistencia parcial Necesita asistencia de un enfermero/a

Instrucciones especiales _____

Información adicional que los enfermeros/as deben saber _____

Persona de contacto en caso de emergencia: Cuando no sea posible comunicarse con el padre, madre o tutor/a legal:

Nombre _____ Teléfono _____

Catéter (marque la casilla correspondiente):

- Usa un catéter de forma independiente
- Necesita asistencia parcial
- Necesita supervisión de un enfermero/a

Comprobar el catéter durante las horas del campamento:

- 10 a.m.
- 12 p.m.
- 2 p.m.

Pañales (marque la casilla correspondiente):

- Los usa de forma independiente
- Necesita asistencia para cambiarlos
- Necesita asistencia total

Nota: Se ruega enviar todas las provisiones para el catéter y el cambio de pañales en una mochila.

Alimentación (marque la casilla correspondiente):

- Necesita asistencia parcial
- Necesita asistencia total

Nota: Se ruega proveer el equipo especial que pueda necesitar para la alimentación.

Médico de familia: _____
Nombre _____ Teléfono _____

Movilidad (marque las casillas correspondientes):

- Camina independientemente
- Necesita que se le preste una silla de rueda
- Usa una silla de rueda siempre
- Usa una silla de rueda a veces
- Usa una silla de rueda eléctrica
- Usa una silla de rueda manual
- Usa dispositivos ortopédicos/muletas
- Requiere asistencia para las transferencias

Renuncia

En y para lo referente a las Escuelas Públicas de Aurora, Colorado Sports for the Physically Challenged, Inc., National Sports Center for the Disabled y los patrocinadores de este programa, el que suscribe en su nombre, y en el de sus herederos, sucesores y cesionarios, se compromete a eximir de responsabilidad y dispensar de forma permanente a las Escuelas Públicas de Aurora, Colorado Sports for the Physically Challenged, Inc. y sus administradores, empleados, agentes y cesionarios de todas y cada una de las responsabilidades, demandas o reclamos por pérdidas o daños que resulten en lesiones o daños los cuales puedan sufrirse durante la participación en el Campamento Juvenil para Deportes en Silla de Ruedas. Por la presente autorizo a que se provea tratamiento médico en caso de emergencia.

La admisión, participación o asistencia en el Campamento Juvenil para Deportes en Silla de Ruedas constituye permiso para ser fotografiado con posibles fines publicitarios o relacionados con la publicación y constituye una renuncia a todos y cada uno de los reclamos de compensación a todas las agencias patrocinadoras.

Firma del/de la solicitante _____

Firma del padre, madre o tutor/a legal (si el/la solicitante tiene menos de 18 años) _____

Atestiguado por: _____

Fecha ___/___/___

Fecha ___/___/___