

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL CAMPAMENTO DE HISTORIA II 2019**  
*Shiloh Museum of Ozark History*  
**8-12 de Julio de 2019 • 10:00 am – 3:00pm**  
**Niños de 11 a 14 años**

**Nombre del niño** \_\_\_\_\_ **Grado en 2019-20** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

**Calle y número** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico padres/tutor** \_\_\_\_\_

**Autoridad para recoger al menor.** Nombre y domicilio de cualquier persona, incluido usted mismo, que tenga autoridad para recoger a su hijo del campo. El personal del museo SÓLO permitirá a su hijo salir del campamento con las personas que aparezcan en la siguiente lista, y podrá solicitar una identificación con fotografía.

**Nombre del padre/madre/tutor y domicilio que aparece en la identificación** \_\_\_\_\_

**Otros nombres y domicilios** \_\_\_\_\_

**Necesidades especiales.** ¿Su hijo tiene alguna restricción física/necesidades especiales/alergias a determinados alimentos? Solamente utilizamos esta información para asegurarnos de que existan las adaptaciones necesarias para ofrecer la mejor experiencia para su hijo.

**No** \_\_\_ **Sí** \_\_\_ **Si respondió sí, por favor especifique:** \_\_\_\_\_

**Médicas.** No administramos a su hijo ningún medicamento, incluyendo ibuprofeno. Si su hijo tiene dolor de cabeza o no se siente bien, dejaremos que descansa durante un momento en un lugar tranquilo acompañado de un miembro del personal. Si con eso no se siente mejor, nos pondremos en contacto con usted para que pase a recoger a su hijo anticipadamente. En el caso de que exista una emergencia médica, el personal del museo llamará al personal médico de emergencia y después le llamará a usted. Dependiendo de la evaluación médica, su hijo podría ser trasladado a un hospital local para recibir atención médica por cuenta suya. Cualquier petición de modificación de esta política deberá entregarse por escrito al gerente del campamento. El personal médico de emergencia no puede cumplir ninguna petición de llevar a los niños a un hospital específico o con un médico o a una clínica médica determinada.

**¿A quién podemos llamar en caso de una emergencia?** (por favor inclúyase usted y otra persona)

**Usted** \_\_\_\_\_ **Relación con el menor** \_\_\_\_\_ **Teléfono(s)** \_\_\_\_\_

**Persona 2** \_\_\_\_\_ **Relación con el menor** \_\_\_\_\_ **Teléfono(s)** \_\_\_\_\_

**Permisos.**

1. Doy mi autorización total para que mi hijo participe en el campamento de Verano de Historia del Museo Shiloh (*Shiloh Museum Summer History camp*).

**Firma del padre o madre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

2. Doy mi autorización para que mi hijo sea fotografiado y mi consentimiento para que el museo utilice las fotografías sin nombres únicamente para propósitos publicitarios. **Por favor marque con sus iniciales:**  
**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**Convenio del participante.**

Acepto apegarme a las reglas del campamento de verano con respecto al respeto hacia los demás.

**Firma del participante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Por favor devuelva este formulario junto con el pago completo (\$45 miembros del museo, \$55 no miembros) a:  
History Camp II, Shiloh Museum, 118 W. Johnson Ave, Springdale, AR 72764. La inscripción NO estará completa hasta que se haya pagado. Pagos solamente con cheque o efectivo (crédito sólo si se hace en persona), por favor no envíe dinero en efectivo por correo.

Las inscripciones terminan el 31 de mayo, o cuando el campamento esté lleno.