

SOLICITUD PARA EL CAMPAMENTO



Sunrise Day Camp
Long Island oficina de invierno
c/o Friedberg JCC
15 Neil Court
Oceanside, NY 11572
516-634-4199
Fax: 516-634-4016
registrar@sunriselongisland.org

Sunrise Day Camp
Pearl River oficina de invierno
c/o JCC of Mid Westchester
999 Wilmot Road
Scarsdale, NY 10583
914-343-5405
Fax: 845-468-7171
registrar@sunrisepearlriver.org

Sunrise Day Camp
Staten Island oficina de invierno
c/o JCC of Staten Island
1466 Manor Road
Staten Island, NY 10314
718-475-5261
Fax: 718-475-5206
registrar@sijcc.com

Apellido	Nombre	¿Niño con cáncer o hermano/a?		Género	Fecha de nacimiento	Grado en septiembre	Escuela	Tamaño de camiseta	¿Es nuevo o regresa?
		C	H						
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				
					/ /				

Por favor, indique a qué sesión del campamento asistirá su hijo:

Long Island: Sesión 1 (29 de junio – 7 de julio) Sesión 2 (10 de julio – 21 de julio) Sesión 3 (24 de julio – 4 de agosto) Sesión 4 (7 de agosto –17 de agosto)
Pearl River: Sesión 1 (29 de junio – 7 de julio) Sesión 2 (10 de julio – 21 de julio) Sesión 3 (24 de julio –4 de agosto) Sesión 4 (7 de agosto –17 de agosto)
Staten Island: Sesión 1 (10 de julio – 21 de julio) Sesión 2 (24 de julio –4 de agosto) Sesión 3 (7 de agosto –17 de agosto)

Dirección _____ Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____ Teléfono de la casa _____

Prefiero recibir toda la información del campamento vía correo electrónico correo de papel

	Nombre y apellido	Relación	Teléfono celular	Teléfono laboral	Email	Ocupación	Lugar de trabajo
Padre/Tutor 1							
Padre/Tutor 2							
Contacto de emergencia 1					Nota: Por favor, proporcione dos contactos alternativos que puedan retirar a su hijo en caso de emergencia si no podemos ubicar a los padres/tutores. Estos contactos deben presentar su identificación para poder retirar al niño.		
Contacto de emergencia 2							

Estado civil del padre/tutor: Casado/a Divorciado/a Separado/a Soltero/aViudo/a

Diagnóstico inicial: _____ Fecha de diagnóstico: _____ ¿Tratamiento activo? Sí No Fecha en que terminó el tratamiento: _____

Nombre del médico de atención primaria _____ Teléfono _____

Nombre del oncólogo que lo deriva _____ Teléfono _____

¿Necesita su hijo atención personalizada en el campamento por alguna necesidad médica/social/conductual? Si es así, por favor explique: _____

DÉ VUELTA LA PÁGINA

** Si lo envía por fax o escaneado, recuerde enviar los **dos** lados!

AFILIACIÓN HOSPITALARIA

Brookdale Hospital	Brooklyn Hospital	Cohen	Hackensack	Montefiore	Morristown
Mount Sinai	Maimonides	Maria Fareri	MSKCC	Newark Beth Israel	NY-Pres. Komansky
NY-Pres. Morgan Stanley	NYU Langone	Richmond (RUMC)	Robert Wood Johnson	St. Peters	Staten Island Univ. Hospital
Stony Brook	Winthrop	Otro _____			

TRANSPORTE (marque todos los que correspondan) – * El horario en que los buses pasan a buscar y devuelven a los niños todavía no se ha determinado *

Automóvil (Ingreso 9:30am, Salida 3:45pm)	Opciones de horario extendido: Pre-campamento (desde las 7:30am) Post-Campamento (hasta las 6:30pm)		
Bus – Long Island	MSKCC	Montefiore (LI devolviendo solo)	
	Brookdale Hospital	Island 16 Movie Theater (LIE Exit 61)	Best Buy (Rockaway Turnpike, Far Rockaway)
	Stony Brook	Taco Bell (172-12 Northern Blvd, Flushing)	Target (Flatbush Ave & Ave H, Brooklyn)
	Winthrop	Lord & Taylor (1200 Franklin Ave, Mineola)	Friedberg JCC (15 Neil Court, Oceanside)
	Cohen	Ace Hardware (705 Montauk Hwy, Copiague)	No puedo acercarme a ninguno de estos puntos (Nuestra oficina se contactará con usted)
	Brooklyn Hospital	Georgetown Shopping Center (2149 Ralph Ave, Brooklyn)	
Bus – Pearl River	Montefiore	Mt. Sinai/NY Presbyterian	Maria Fareri/Rockland JCC
	Hackensack	Orange County, NY	St. Barnabus/Morristown
	Newark Beth Israel (devolviendo solo)	Jersey City	No puedo acercarme a ninguno de estos puntos (Nuestra oficina se contactará con usted)
Bus – Staten Island	Maimonides	Newark Beth Israel	Richmond Univ. Medical Center
	Robert Wood Johnson/St. Peters	Staten Island Univ. Hospital	No puedo acercarme a ninguno de estos puntos (Nuestra oficina se contactará con usted)

AUTORIZACIONES

Por el presente, autorizo a mi hijo a participar en todas las actividades dentro y fuera del campamento de acuerdo con las recomendaciones del médico y a ser transportado por el JCC para realizar las actividades.

Sí No Iniciales: _____

Por el presente, Sunrise Day Camp/ Friedberg JCC/Staten Island JCC/ Sunrise Association o a sus designados autorizo para fotografiar y tomar video de mi hijo durante las actividades del campamento con el único propósito de compartir con las familias en Sunrise en un sitio seguro social media.

Sí No Iniciales: _____

Por el presente, autorizo al Sunrise Day Camp/ Friedberg JCC/Staten Island JCC/ Sunrise Association o a sus designados a usar fotos (y videos) tomadas durante los programas del JCC y/o Sunrise para fines publicitarios, incluyendo a los medios públicos, correo electrónico y demás medios electrónicos.

Sí No Iniciales: _____

Por el presente, autorizo a que se incluya el nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico de mi hijo en el directorio del campamento y que se los distribuya entre los demás niños de la comunidad de Sunrise Day Camp.

Sí No Iniciales: _____

Estas autorizaciones son válidas desde la fecha de su firma hasta el 1 de julio del siguiente año:

Fecha: _____ Firma del padre/tutor: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Por favor, envíe la solicitud completa y firmada al campamento que elija.
Seleccione una de las direcciones listadas al dorso de esta página.