

**Aplicación para el Retiro de Adolescentes** (Edades 12-17)  
**Diciembre 12-14, 2008 \* Lakeside Christian Camp \* Pittsfield, MA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Medida: S M L XL \_\_XL  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Iglesia donde Asiste: \_\_\_\_\_

Al firmar esta aplicación, usted indica que respetara y obedecerá todos los reglamentos del retiro. Si usted no cumple con estos reglamentos, la directiva del retiro hará lo necesario para enviarlo/a de nuevo a su casa.

Prometo obedecer los reglamentos del retiro. \_\_\_\_\_  
 (Firma del joven)

**ESTA PARTE DEBE SER LEIDA Y FIRMADA POR UNO DE LOS PADRES, O TUTORES DEL CAMPERO.**

Yo entiendo que en caso de accidente, lesión, enfermedad, o emergencia medica concerniendo a mi hijo/a, el director de campo hará todo lo posible por comunicarse y notificarme de la emergencia (Padre o Tutor). Si por alguna razón la administración no puede comunicarse conmigo, y mi hijo/a necesita atención medica, yo autorizo al director del campo a llevar a mi hijo/a al hospital o doctor seleccionado por al administración del retiro. También doy mi autorización al doctor seleccionado por la administración para administrar el tratamiento medico correspondiente, sea hospitalizar, dar inyección, anestesia, o cirugía a mi hijo/a. En caso de accidente o muerte, yo no haré responsable al director, o La Iglesia De Dios De La Profecía o a Lakeside Christian Camp. Entiendo que no podré tomar acción legal en contra de las personas o la organización antes mencionadas.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia (trabajo o vecino, etc.) \_\_\_\_\_

**Información Medico**

Por favor indique con una X cualquier problema medico su hijo/a tenga. Si es un problema reciente provea con la fecha actualizada en que el problema ocurrió. Si hubo problema en el pasado, por favor indique con la fecha aproxima del mismo:

| X | Problema              | Fecha | X | Problema                    | Fecha |
|---|-----------------------|-------|---|-----------------------------|-------|
|   | Convulsiones          |       |   | Envenamiento con Posion Ivy |       |
|   | Epilepsia             |       |   | Fiebre Reumática            |       |
|   | Problemas del Corazón |       |   | Camina dormido              |       |
|   | Problemas con Riñones |       |   | Tuberculosis                |       |
|   | Asthma                |       |   | Diabetes                    |       |
|   | Desmayos/Mareos       |       |   |                             |       |

Operación o Enfermedad más recientes: \_\_\_\_\_

Reacciones Alérgica: \_\_\_\_\_

Actividad especificas que sean prohibidas al campero/a. \_\_\_\_\_

En el presente, se encuentre en cuidado medico. Si No

Si su repuesta fue si, describa: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Toda información en este formulario es confidencial.**

**FECHA PARA APPLICACIONES: Noviembre 5th, 2008**

**Por favor de mandar sus aplicaciones CON UN DEPÓSITO DE \$75.00 a:**  
**Iglesia de Dios de la Profecía, Ministerio Regional de Jóvenes P.O. Box 295 Cranford, NJ 08016**  
**Para mas información puede comunicarse con la oficina regional al (201) 344-2675**  
**[www.servencedor.org](http://www.servencedor.org) [www.myspace.com/teenretreat](http://www.myspace.com/teenretreat)**

| COSTO POR PERSONA                             |   |
|---|---|
| Antes del 5 de noviembre del 2008<br>\$140.00 | Después del 5 de noviembre del 2008<br>\$160.00 |



**Teen Retreat Application** (Ages 12-17)  
**December 12-14, 2007 \* Lakeside Christian Camp \* Pittsfield, MA**

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Shirt Size: S M L XL \_\_XL  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Telephone ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Local Church (if any): \_\_\_\_\_

By signing this application, you indicate that you will respect and obey all rules and regulations of the retreat. If you do not, the retreat faculty has the right to make any disciplinary actions including but not limited to sending you home.  
 I promise to obey all rules and regulations. \_\_\_\_\_

*(Teen's Signature)*

**THIS PART SHOULD BE READ BY THE PARENT OR GUARDIAN OF THE CHILD.**

I understand that in any case of accident, emergency, or medical emergency concerning my son/daughter, the director of the retreat will do his/her best to contact me of the emergency. If for any reason the administration cannot contact me, and my child needs medical attention, I authorize the director of the retreat to take my son/daughter to the hospital or selected doctor. I also give authorization to the selected doctor to give injection, anesthesia, or surgery to my son or daughter. In case of accident or death I will not make the director, Church of God of Prophecy or Lakeside Christian Camp liable. I understand that I will not be able to make any legal action against the people and organizations mentioned.

Parents/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Emergency Telephone number (work, neighbor, etc.) \_\_\_\_\_

**Medical Information**

Please indicate with an X whatever medical problem that your child may have. If it is a recent situation please provide the dates that it occurred. If it happened in the past please indicate the nearest date.

| X | Problem        | Date | X | Problem         | Date |
|---|----------------|------|---|-----------------|------|
|   | Convulsions    |      |   | Poison Ivy      |      |
|   | Epilepsy       |      |   | Rheumatic Fever |      |
|   | Herat Trouble  |      |   | Sleep Walking   |      |
|   | Kidney Trouble |      |   | Tuberculosis    |      |
|   | Asthma         |      |   | Diabetes        |      |
|   | Fainting       |      |   |                 |      |

Recent operations or sicknesses: \_\_\_\_\_

Allergic Reactions: \_\_\_\_\_

Specific activities that are prohibited for the child. \_\_\_\_\_

Presently, is the child taking medication? Si No

If yes, please describe: \_\_\_\_\_

Name of Doctor: \_\_\_\_\_ Telephone ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Everything in this application is confidential.**

**Application Deadline: November 5<sup>th</sup>, 2008**

**Please send completed applications WITH A DEPOSIT OF \$75.00 to:  
 Church of God of Prophecy, Regional Youth Ministries P.O. Box 295 Cranford, NJ 08016**

*For more information please call (201)- 344-2675*

[www.servencedor.org](http://www.servencedor.org)

[www.myspace.com/teenretreat](http://www.myspace.com/teenretreat)

| Cost of Attendance           |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| Before November 5th<br>\$140 | After November 5th<br>\$160 |

