

CAMP EDMO™ Programa DCYF- Beca de 6 Semanas
Ubicacion 1 – Thomas Edison Charter Academy |3531 22nd St.
Ubicacion 2 - Dolores Huerta Elementary | 65 Chenery St.
Verano de 2019
10 de Junio – 19 de Julio

Parte 1: INFORMACIÓN DEL CAMPISTA

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Niño/a _____
(Nombre y Apellido)

Sexo: *Masculino / Femenino*

Fecha de nacimiento (*mes/día /año*): _____ Nivel de Grado _____ Escuela _____

Nombre del maestro/a _____

Talla de camisa (*Circule uno*): XS S M L XL
(todas las camisas son talla juvenil)

¿A qué lugar te gustaría asistir? _____ Thomas Edison Charter Academy _____ Dolores Huerta Elementary

¿Cómo se enteró de este programa? (*Circule uno*)

Internet Correo Electrónico Escuela Centro Comunitario Otro: _____

¿Tiene su niño/a necesidades especiales que requieren atención adicional? Si su respuesta es “Sí,” por favor explique.

¿Requiere su niño/a de un auxiliar en la escuela?* Sí / No

*Si su respuesta es “Sí,” usted debe de proporcionar su propia ayuda cada día.

¿Qué lenguaje se habla en casa? _____

¿Cuál es el nivel de fluidez en ingles de su niño/a? Fluente Más Menos fluente No fluente Desconocido

¿Con cuál raza/etnicidad se identifica mejor su niño/a? (Por favor indique la región o el país de origen étnico)

Se proporcionará almuerzo y una merienda cada día del programa sin ningún costo adicional. Por favor circule una opción de comida: Regular / Vegetariana

Parte 2: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Contacto Primario/Padre 1

Contacto Secundario/ Padre 2

Nombre _____
(Nombre y apellido)

Nombre _____
(Nombre y apellido)

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

Teléfono celular _____

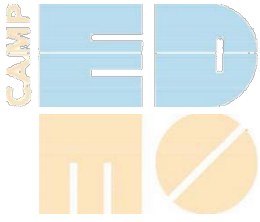
Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Nota: Si no tiene correo electrónico, escriba “no email.” La información se le proporcionará entonces por teléfono o correo postal. Su correo electrónico se usará para enviarle confirmación de su registro e información relacionada con el campamento. Nosotros mantenemos toda su información de contacto confidencial.

Dirección de casa (*Ciudad, Estado, Código postal*): _____

Dirección de casa (*Ciudad, Estado, Código postal*): _____



CAMP EDMO™ Programa DCYF – Beca de 6 Semanas
Ubicacion 1- Thomas Edison Charter Academy| 3531 22nd St.
Ubicacion 2 – Dolores Huerta Elementary | 65 Chenery St.
Verano de 2019
10 de Junio – 19 de Julio

Parte 3: INFORMACIÓN DE HOGAR/FAMILIAR

1. ¿Califica usted para el programa de almuerzo reducido de su escuela? Si/ No
2. ¿Cuántos es su ingreso ANUAL total de su hogar? (antes de impuestos) \$ _____
3. ¿Cuántos niños hay en su hogar? _____
4. ¿Necesita cuidado extendido? (No costo adicional) (Circule uno): AM: 8-9am, lunes-viernes / PM: 3-6pm, lunes-viernes
5. ¿Cómo mira usted que esta experiencia va a beneficiar a su niño/a?

Parte 4: FORMULARIO DE SALUD Y EMERGENCIA

Por favor complete y someta con su solicitud el formulario de Salud y Emergencia.

POR FAVOR DEVUELVA TODAS SUS FORMAS COMPLETAS A EDVENTURE MORE:

**2295 PALOU AVE
 SAN FRANCISCO, CA 94124
 FAX: 415 449 6161.
 EMAIL: Sia@CAMPEDMO.ORG**

Yo comprendo que estoy solicitando una beca y que no estoy automáticamente aprobado a recibir un espacio becado. Yo estoy de acuerdo que si soy aprobado para una beca, yo

- Completaré una encuesta sobre el impacto del programa de Camp Edmo al comienzo y a fines del programa.
- De acuerdo que mi niño/a complete cualquieras evaluaciones o encuestas al comienzo y a fines del campamento.
- Los padres deben asistir a (4) Talleres de participación de los padres (generalmente se ofrecen en la tarde de 4: 30-5: 30).

Yo, también, comprendo que mi niño/a será eliminado/a del programa después de 4 ausencias.

 Nombre del Contacto Primario/Guardián

 Firma del Contacto Primario/Guardián