



**Camp EDMO**  
**Programa de Beca de 4 Semanas**  
**Alojado en Redwood Day School -**  
**1 de Julio – 26 de Julio**

**Parte 1: INFORMACIÓN DEL CAMPISTA**

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Sexo: *Masculino / Femenino*

*(Nombre y Apellido)*

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)*

¿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 o 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)*:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### 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. ¿Qué tarifa semanal puede pagar por estas semanas? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuántos niños hay en su hogar? \_\_\_\_\_
5. ¿Necesita cuidado extendido? (No costo adicional) (Circule uno): AM: 8-9am, lunes-viernes / PM: 3-6pm, lunes-viernes
6. ¿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 cualesquiera evaluaciones o encuestas al comienzo y a fines del campamento.

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