

**2010 YOUTH CAMP**

**REGISTRATION FORM**

General Information

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Telephone #: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_  
Male: ( ) Female: ( )

Church

Church: \_\_\_\_\_  
Pastor: \_\_\_\_\_

Cabin

(Pick two persons you would like to be placed with)  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Participation

- 1. I would like to help out in the dining hall ministry: ( )
- 2. I would like to help out in the sanctuary ministry: ( )
- 3. I would like to participate in sports:  
    Soccer: ( ) Basketball: ( ) Volleyball: ( )

Authorization for Medical Treatment (for ages 18 and under)

I \_\_\_\_\_ recognize that the Apostolic Assembly of the Faith Christ Jesus is not responsible of any injuries, accidents, illnesses, death or loss of property that may occur in the participation of this camp. If a situation/emergency occurs during the stay of my son/daughter is at camp I \_\_\_\_\_ authorize any medical assistance be done before contacting me. I assume and take all responsibility for any medical cost.

Parents Signature (If under the age of 18)

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature

Participant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Pastor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Youth Camp Administration

Date Received: \_\_\_\_\_ Deposit: \_\_\_\_\_

**Cost**

**Total: \$165.00**

Please turn in your registration with your deposit of \$65 to your local youth board before July 16<sup>th</sup>.

**The Deposit is Non-Refundable**

Emergency Contact Information

Name: \_\_\_\_\_  
Phone #: \_\_\_\_\_  
Relationship: \_\_\_\_\_

Health History

Medications: \_\_\_\_\_  
Illness/Allergies: \_\_\_\_\_

## 2010 RETIRO JUVENIL

## FORMA DE REGISTRACION

### Información General

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
# de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Joven: ( ) Donella: ( )

### Iglesia

Iglesia: \_\_\_\_\_  
Pastor: \_\_\_\_\_

### Cabañas

(Elije dos camperos que gustaría tener)

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

### Participación:

1. Deseo ayudar en el Ministerio de servir en el Comedor: ( )
2. Deseo ayudar en el Ministerio del Santuario: ( )
3. Quiero participar en deportes:  
Futbol: ( ) Baloncesto: ( ) Voleibol: ( )

### Autorización Para El Tratamiento Medico (para menores de 18 años)

Yo \_\_\_\_\_reconozco que la Asamblea Apostólica De La Fe En Cristo Jesús, no se responsabiliza de cualquier y todos daños corporales, accidente, enfermedad, muerte, perdida o daños de propiedad que ocurran durante o por la participación en el Retiro Juvenil. Si se presenta una emergencia seria, puede ser que sea necesario que una enfermera personal atienda a mi hijo/hija antes de que el personal de la Asamblea Apostólica pueda contactarme.

Yo \_\_\_\_\_autorizo por este medio que la asistencia medica se pueda proporcionar para mi hijo/hija mientras el o ella este en el Retiro Juvenil. Yo asumo personalmente la responsabilidad de cualquier costo medico.

### Firma (si es menor de 18 años)

Padres/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Firma

Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Pastor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Administración del Retiro Juvenil

Fecha Recibida: \_\_\_\_\_

Deposito: \_\_\_\_\_

**Costo**  
Total: \$165.00

Porfavor entregue su registración con su deposito de \$65 a la Mesa Directiva Local antes del 16 de Julio.

**El Deposito no es reembolsable.**

### En Casos de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_

### Historia de Salud

Lista de Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Enfermedades: \_\_\_\_\_