



OFFICE USE ONLY			
Income Provided		Registration Appointment Date & Time	
		Date	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied	Time	
Household Size	Annual Income	Camp Change	
		Date	
Date Received	Verifying Official	Staff Initials	
		<input type="checkbox"/> CA Disqualification	

INFORMACIÓN FINANCIERA
POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Es usted padre/madre soltero(a): SI NO Numero de miembros en su familia _____

Ingreso **MENSUAL** (por favor, incluya todos los ingresos de los que viven en su casa) \$ _____

Recibe ayuda del gobierno? (Marque todas las que apliquen)

SSD/SSDI SSI CalWORKs/TANF Medi-Cal CalFresh Asistencia General

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo _____ Grado en 2024-2025 _____ Escuela _____

Masculino Femenino

Habilidad de natación: Sin Experiencia Principiante Intermedio Avanzado Comentarios: _____

Grupo Étnico (para propósitos estadísticos solamente) por favor de circular solo uno

Africano Americano Americano Nativo Asiático Caucásico Hispano/Latino Isleño Pacífico Multiétnico Otro _____

Por favor, marque sólo lo que se aplica

Ninguna Condición Medica

Restricciones de Actividad Por Favor Especifique: _____

Restricciones Alimentarias Por Favor Especifique: _____

ADD/ ADHD (TDAH)

Alergias ¿A Qué? _____ Urticaria/erupción ¿Dificultad respiratoria? ¿Tiene "epi-pen"? Usa Benadryl

Asma ¿Requiere medicamento / inhalador? Sí No Diario Según Sea Necesario con Ejercicio

Diabetes Tipo I Tipo II Medicamentos: Oral Inyección Bomba Cuidado de diabetes independiente Necesita ayuda diaria

Enfermedades Contagiosas Por Favor Especifique: _____

Ataques epilépticos Fecha del ultimo ataque: _____ Tipo de ataque: _____

Problemas Cardíacos Diagnóstico: _____ Otras Restricciones: _____

Aparatos De Ayuda Zapatos/soporte correctivos Muletas Silla de ruedas/motorizada Lentes Aparato de sordera

Otras condiciones, discapacidades o medicamentos: _____

INFORMACIÓN DEL ADULTO

Nombre del Padre o Guardián Legal (Contacto Primario)

Apellido _____ Nombre _____ Relación al Participante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Por favor marque el mejor numero para comunicarse con usted: Correo Electrónico _____

Número de Celular Número de Trabajo

¿Vive el participante con usted? Si No Lenguaje Preferido: Inglés Español

Contacto de Emergencia (Diferente al contacto primario)

Apellido _____ Nombre _____ Relación al Participante _____

Número de Celular Número de Trabajo Correo Electrónico _____

¿Vive el contacto de emergencia en su hogar? Si No Lenguaje Preferido: Inglés Español

