



CAMPAMENTO GREY DOVE 2017

Un campamento de verano de una semana incluyendo las noches para los hermanos de niños que han tenido cáncer.

SOLICITUD PARA EL CAMPAMENTO

Lunes, 12 de junio – viernes, 16 de junio

Peaceable Kingdom Retreat Center (PKRC) for Children, Killeen, TX

La fecha límite para la solicitud es: **viernes, 21 de abril del 2017**

Las solicitudes deberán ser recibidas para esta fecha, esto significa que deben ser enviadas con anterioridad.

Nuestro Propósito: Cuando un niño es diagnosticado con cáncer, toda la familia es afectada. Los hermanos pueden experimentar sentimientos de tristeza, celos, o culpa. El *Campamento Grey Dove* les da la oportunidad a los hermanos de procesar estas emociones y de aprender a manejarlas, mientras se fomenta la diversión y la amistad en el campamento de verano.

La página web: <https://www.varietytexas.org/vpkrc/>

- Se le dará prioridad a los nuevos campistas o a personas que han perdido a un ser querido.
- El espacio es limitado. **No se demore en enviar su solicitud.**
- Una vez que el campamento llegue a su máxima capacidad, se establecerá una lista de espera.
- El personal de Any Baby Can le notificará por medio de correo regular o electrónico si su solicitud ha sido aceptada o está en la lista de espera.
- Una vez que su solicitud haya sido aceptada, recibirá información adicional y los formularios de la inscripción para que los rellene.

Criterio de Elegibilidad del Campista

Si usted cumple con todos los requisitos, usted es elegible para solicitar al Campamento Grey Dove 2017.

- Usted tiene de 7 y 14 años de edad para el 1 de junio, 2017 (el límite de edad es inalterable)
- Su hermano/a tiene o tenía cáncer.

¿No eres elegible para ser un campista? Compruebe su elegibilidad para ser consejero. (Consejero en Entrenamiento, CIT)

- Usted tiene de 15 y 17 años de edad para el 1 de junio, 2017 (el límite de edad es inalterable)
- Su hermano/a tiene o tenía cáncer.

Si usted cumple con **todos** los requisitos, usted es legible para solicitar como Consejero en Entrenamiento (CIT), contacte a Allison Bautista para pedir un formulario de solicitud. Por favor tenga en cuenta que ser CIT es una oportunidad de liderazgo que requiere madurez y responsabilidad.

Si tiene preguntas o necesita más copias del formulario de solicitud, por favor contacte a Allison Bautista al (512) 610-3596 o AllisonB@anybabycan.org

Instrucciones de Aplicación

- Los formularios deben ser llenados por los PADRES/TUTORES. Los formularios deben llenarse COMPLETAMENTE. La solicitud de su hijo no será considerada si se recibe tarde o incompleta. Documentos a enviar son:

Solicitud e Información del Campista

Información Médica

Registro de Vacunas

Encuesta para Padres

- Use N/A (no se aplica) en las preguntas que no sean aplicables a su hijo.
- La fecha límite para la solicitud es el viernes, 21 de abril del 2017.
- Maneras de enviar:
 - Email a AllisonB@anybabycan.org o fax a 512.477.9205
 - Envía a:

Any Baby Can Candlelighters Childhood Cancer Program
 ATTN: Allison Bautista
 6207 Sheridan Ave.
 Austin, TX 78723

Tenga en cuenta: las solicitudes deberán ser recibidas para el 21 de abril, esto significa que deben ser enviadas con anterioridad.

Solicitud e Información del Campista

Nombre del Campista _____ Nombre Preferido _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad (para el 1 de junio, 2017) _____ Género _____

Talla de camiseta (Por favor encirre una en una círculo) Talla juvenil: S M L Talla adulta: S M L

¡Cuéntanos un poco sobre ti!

En una palabra, yo soy...

Lo que me pone más nervioso sobre el campamento es...

Lo que más me emociona sobre el campamento es...

Also que ustedes tienen que saber sobre mí es...

Nombre del padre o tutor _____ Relación con el campista _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Móvil _____

Correo electrónico _____

Un correo electrónico es necesario para consentimiento. Por favor contacte a Allison Bautista si usted no tiene correo electrónico.

Contacto de emergencia _____ Relación con el Campista _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Móvil _____

Nuestro personal y consejeros quieren que su(s) hijo(s) tenga(n) la mayor experiencia posible junto a ellos.
Por favor colabore relleno el siguiente cuestionario.

¿Es usted cliente actual o antiguo de Any Baby Can? Sí No

Este es el primer año que mi hijo asiste al Campamento Grey Dove: Sí No

Si su hijo ha asistido anteriormente al Campamento de Grey Dove, por favor escribe en que año: _____

¿Espera usted que su hijo se ponga nostálgico/lo extrañe? Sí No

¿Cuál es el nivel de natación de su hijo/a? Principiante Intermedio Avanzado

Por favor selecciona algún tipo de comportamiento que su hijo/a pueda tener durante el campamento:

Enuresis nocturna (mojar la cama) Sonambulismo

¿Han habido cambios recientes o estrés en la vida de su hijo/a que deberíamos saber?

Sí No

Si su respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo una dieta en particular o necesidades alimenticias específicas? (por favor explique):

¿Hay algo más que desee contarnos sobre su hijo/a?

Información Médica

Nombre del Campista _____ Fecha de Nacimiento _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Alergias y Restricciones

Comida	Reacción		Medicina	Reacción		Otro	Reacción

Medicinas Prescripción y no-prescripción. Usted tiene que enviar suficiente medicina para una semana con su hijo/a al campamento. Favor de claramente anotar el nombre de su hijo/a e instrucciones especiales.

Medicamento	Dosis	Tiempo Administrada	Otra información (por ejemplo toma con comida)

¿Requiere su hijo/a algún equipo medico especial? (por favor explique)

¿Tiene su hijo/a impedimentos de movilidad? (por favor explique)

¿Tiene su hijo/a condiciones médicas especiales?

Seguro de Salud _____ Número de Identificación _____

Titular de la Póliza _____ Titular de la Póliza Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Doctor _____ Teléfono _____

Se requiere una copia de las vacunas para el campamento. Ningún campista será admitido al campamento sin documentación de vacunas. Entregue una copia de documentación de vacunas con esta solicitud.

Información sobre el hermano/a que tiene o tenía cáncer:

Nombre del hermano/a _____ Edad del hermano/a _____

Diagnóstico _____ Fecha del diagnóstico _____

El hermano/a está actualmente: En tratamiento Fuera de tratamiento

Breve descripción de las necesidades y tratamientos actuales del hermano/a:

Si el hermano/a del campista falleció, ¿cuál es la fecha del fallecimiento? _____