



Sacred Heart School

Summer Camp Application

Participant Name Last First MI Nickname

Male Female Age _____ Grade child will enter _____

School Child is currently attending: _____

Address City/State/Zip code County

Parent /Guardian's Name

Parent/Guardian's Home Telephone Work Telephone

Cell Phone Number E-mail

Child will depart camp by: Car Bus Walk *(must sign waiver)

Who will pick up you child: _____
Name Relationship Phone Number

***Walk Waiver:** My child may Leave SHS Property unaccompanied _____
Parent/ Guardian Signature

Emergency Contact: In case of emergency, who may we call? List two people we may contact if you cannot be reached.

1. _____
Name Phone Number Address

2. _____
Name Phone Number Address

Medical Information:

Physician Name Physician Phone Number

Does your child have any known allergies to food or medications? (first aid ointments, Sprays, latex, etc)



Escuela del Sagrado Corazón

Aplicación del Programa de verano

Nombre del Participante

Apellido

Nombre

Hombre Mujer

Edad _____

Grado al que su hijo/hija entrará _____

Escuela su hijo/hija está asistiendo: _____

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

País

Nombre de Padre, Madre/ Tutor

Número de teléfono de Padre, Madre/ Tutor

Teléfono del Trabajo

Celular

Correo electrónico

Niño saldrá campamento: Carro Bus Caminando *(autorización)

Quien va a recoger su niño: _____

Nombre

Relación

Numero de Teléfono

***Autorización:** Mi hijo/hija puede retirarse solo de la propiedad de SHS. Firma: _____

Padre/Tutor

Contacto Emergencia: En caso de un emergencia, a quien podemos llamar? Escribe el nombre de dos personas para contactar encaso de un emergencia

Nombre/Relación

Numero de Teléfono

Dirección

Nombre/Relación

Numero de Teléfono

Dirección

Información Medica:

Nombre de Medico

Numero de Medico

¿Si tu niño tiene algún alergia conocida a los alimentos o medicamentos? (ungüentos, los aerosoles, látex,etc.)