



2020-2021

FORMULARIOS ESTATALES REQUERIDOS PARA REC KIDS

Formularios Requeridos:

- Formulario Estatal (incluido con este paquete)
- El formulario de inmunización de Colorado
Esta incluida una copia con este paquete y debe ser llenada por su medico

Los formularios que envíe en septiembre de 2020 serán válidos durante todo el año escolar (2020-2021) de las Escuelas del Condado de Eagle y verano de 2021, hasta el 31 de agosto de 2021. Envíe por correo electrónico los formularios completados a reckids@mountainrec.org

¿Por qué necesito completar los formularios de Rec Kids requeridos por el estado?

Para mantener nuestra licencia de cuidado infantil válida con el estado, DEBEMOS tener una copia de estos formularios disponible en cada campamento que ofrecemos para cada niño en el campamento ese día. Si rompemos esta regla, corremos el riesgo de perder nuestra licencia y la capacidad de proporcionar estos importantes programas para nuestra comunidad.

Es la misma información que requiere las Escuelas del Condado de Eagle

Si su hijo atende alguna escuela del condado de Eagle, ya está completando exactamente el mismo formulario de vacunación que necesitamos para Rec Kids.

Hemos escuchado su frustración de llenar formularios similares dos veces en diferentes momentos durante el año. Ahora hazlo todo de una vez y prepárate para el año escolar y el siguiente verano.

Manual para padres

Su recurso de referencia para las políticas, reembolsos de Rec Kids, recogida tardía, medicamentos, listas de recogida autorizadas, qué traer y qué no traer.



JUNTOS | ACTIVOS | SALUDABLES

FORMAS REQUERIDAS DEL ESTADO- CAMPAMENTO

Uso para la oficina: Fecha para el Primer Día de Campamento: ___/___/___

Información del Campista					
Apellido:			Nombre:		
Fecha de Nacimiento:		Edad:		Genero: Masculino / Femenina : _____	
Vive Con:	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Dos Padres <input type="checkbox"/>	Abuelos <input type="checkbox"/>	Otros: _____

Padres / Guardianes 1 Información			Padres/Guardianes 2 Información		
Nombre Completo:			Nombre Completo:		
Dirección Física:			Dirección Física:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Empleador:			Empleador:		
Ubicación:		# Trabajo	Ubicación:		# Trabajo
# Teléfono		# Casa	# Teléfono		# Casa
Correo Electrónico:			Correo Electrónico:		

Instrucciones específicos para poder contactar a los padres: _____

Contacto de Emergencia (Otra persona que esté autorizado a recoger al niño/a que no sean los padres):

Nombre Dirección Física Numero de Teléfono

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Contacto Medico

Doctor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Compañía de Aseguranza: _____ Número de Póliza _____

Su niño/a tiene alguna enfermedad crónica, alergias, necesidad de medicamento, dietas especiales, o algún

preocupación emocional/Conducta: Por favor Circule: Si No Si círculo si por favor

explique: _____

Hay alguna actividad en la cual su hijo/a no pueda participar debido a su físico, sociales o razones religiosas?

Por favor Circule: Si / No Si circulo si por favor explique: _____

Firma de los Padres: _____ Fecha: _____

Formularios Adicionales

Nombre del Campista: _____ Grado escolar del Campista: _____

Manual de Padres: He recibido el manual de padres/Guías de registraci3n y estoy de acuerdo a familiarizarme con las p3lizas, procedimientos y actividades que sean relativos hacia la participaci3n de mi hijo/a.

Dispensa del Participante: Entiendo que la registraci3n a la actividad y los servicios tienen alg3n elemento de peligro y tomo la responsabilidad completa por las acciones y condiciones f3sicas de mi hijo/a. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener a Mountain Recreation Metropolitan District y sus directores, funcionarios, agentes y empleados de responsabilidad, p3rdida, costo o gastos (incluyendo honorarios de abogados, gastos m3dicos y de ambulancia) que puedo incurrir en las actividades registradas.

Participaci3n de Actividades: Mi hijo/a tiene permiso para participar caminando o viajando excursiones y actividades del programa patrocinadas por Mountain Recreation Metropolitan District. Todos los viajes de campo a pie se publicar3n en su centro de campo el d3a del viaje.

Permiso de transportaci3n: Mi hijo/a tiene mi permiso para ser transportado por Mountain Recreation Metropolitan District, el distrito escolar del Condado Eagle y personal para las actividades programadas. Doy permiso para que transporte a mi hijo en sus veh3culos.

Autorizaci3n m3dica de emergencia: por la presente doy mi permiso a Mountain Recreation Metropolitan District para llamar a un m3dico o transporte para atenci3n m3dica o quir3rgica para mi hijo mencionado en caso de una emergencia se presenta. Se entiende que se har3 un esfuerzo concienzudo para localizar yo o mi c3nyuge antes de cualquier acci3n ser3 tomada; pero si no es posible localizar a nosotros, este gasto ser3 aceptado por nosotros.

Dispensa del Sol de Pantalla: Doy permiso que los empleados Mountain Recreation Metropolitan District puedan aplicar protector solar a mi hijo/a en una base necesaria, seg3n lo prescrito por las instrucciones en la botella. Nuestros campamentos usan bloqueador solar de Rocky Mountain Sunscreen.

Pel3culas: Doy permiso a mi hijo a ver pel3culas clasificados (G y PG) durante el d3a en clases de campamento. (normalmente utilizado para ya sea con fines educativos, duraci3n tiempo inclemente o eventos especiales).

Lanzamiento de foto: Mi hijo/a y yo damos permiso al Mountain Recreation Metropolitan District y sus socios para el uso adecuado y razonable de cualquier fotograf3a o video tomado de m3 o mi hijo/a o cualquier declaraci3n verbal o escrita hecha por m3 o mi hijo/a durante o perteneciente a un programa o visita instalaciones.

Si alguna de las exenciones anteriores no se rubric3, por favor dar raz3n (por favor, comprenda que esto puede evitar que su hijo/a participe en este campamento): _____

He le3do y entiendo estas P3lizas:

Firma de Padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

Se debe adjuntar a este formulario una copia del formulario de vacunaci3n de Colorado del ni3o

COLORADO CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

www.coloradoimmunizations.com



COLORADO
Department of Public Health & Environment

This form is to be completed by a health care provider (physician (MD, DO), advanced practice nurse (APN) or delegated physician's assistant (PA)) or school health authority. School required immunizations follow the ACIP schedule. Note: Final doses of DTaP, IPV, MMR and Varicella are required prior to kindergarten entry. Tdap is required at 6th grade entry.

Student Name: _____

Date of birth: _____

Parent/guardian: _____

Required vaccines

Immunization date(s) MM/DD/YY

Titer date*
MM/DD/YY

Hep B Hepatitis B							
DTaP Diphtheria, Tetanus, Pertussis (pediatric)							
Tdap Tetanus, Diphtheria, Pertussis							
Td Tetanus, Diphtheria							
Hib <i>Haemophilus influenzae</i> type b							
IPV/OPV Polio							
PCV Pneumococcal Conjugate							
MMR Measles, Mumps, Rubella							
Measles							
Mumps							
Rubella							
Varicella Chickenpox							

Varicella - date of disease		Varicella - positive screen date	
-----------------------------	--	----------------------------------	--

*A positive laboratory titer report must be provided to the school to document immunity.

*The shaded area under "Titer date" indicates that a titer is not acceptable proof of immunity for this vaccine.

Recommended vaccines

Immunization date(s) MM/DD/YY

HPV Human Papillomavirus							
Rota Rotavirus							
MCV4/MPSV4 Meningococcal							
Men B Meningococcal							
Hep A Hepatitis A							
Flu Influenza							
Other							

Health care provider signature or stamp: _____

Date: _____

Student is current on required immunizations for age (circle one): Yes No

OR

Immunization record transcribed/reviewed by school health authority:

School health authority signature or stamp: _____

Date: _____

(Optional) I authorize my/my student's school to share my/my student's immunization records with state/local public health agencies and the Colorado Immunization Information System, the state's secure, confidential immunization registry.

Parent/Guardian/Student (emancipated or over 18 yrs old) signature: _____ Date: _____