



## APLICACION DE CAMPISTA 2011

Información y Oficina Para Campistas:  
**Camp Director with Responsibility for Campers**

Brooke Bateman,  
106 E. 27<sup>th</sup> St, Merced CA 95340  
Tel: (209) 769 4315 email [ilybrookeb@yahoo.com](mailto:ilybrookeb@yahoo.com)



**California Lions Camp Office**

[USPO Box 110, 257 Belle Vue Road Atwater Ca 93301](#)

Nos orgullese anunciar nuestro programa de verano CAMPO PACIFICA 2011 para los niños sordo mudos y con problemas para oír. Estamos celebrando nuestros 32 años de proveer actividades excitantes de campo de verano para niños a través de California y Nevada. Todas nuestras secciones de campistas son en el Campo Pacifica localizado en de Sierra Nevada .

Nuestro programa de campo esta abierto a niños y niñas de la edad de siete (7) a quince (15). Nuestro Programa de Entrenamiento de Lideres es para jóvenes de las edades de 16 a 17. Los campistas disfrutan de una aventura al aire libre pasan el tiempo nadando, en canoas, curso de sogas, montando caballos, artes, estudios de la naturaleza, tenis, deportes de campo, arquear, gimnasia, drama y mímica. Todas las actividades típicas del campo de verano son ofrecidas, más fogatas, bailes por las tardes, y programas de atardecer.

Todos los consejeros son fuentes en el lenguaje de señas y tiene experiencia trabajando con niños. La ración de empleados a campantes es de un (1) consejero a cinco (5) camperos para nuestro campo de Sordo Mudos. Tenemos empleados médicos en el campo 24 horas al día.

Tenemos planeadas dos (2) sesiones este año. Estas son la Sección 1, del 25 – 30 de Julio, 2011,  
y la Sección 2, del 1-7 de Agosto, 2010.

Campistas y padres, por favor escojan la sección que prefiere y aplique temprano! Estamos limitados al número de niños que pueden asistir a cada sección, así que, campistas calificados son registrados a base de servir al que viene llegando hasta que las secciones estén llenas.

Adjunto esta un grupo de formas para ser completadas y regresadas para que sean consideradas. Las formas son:

- Aplicación de Campista
- Pagina de Información
- Salud y Archivo Medico del Joven
- Autorización y Consentimiento para el Menor
- Forma para Librar de Responsabilidad del Transporte Aéreo Vuelo del Ángel
- **La prueba oficial de su aseguransa medica**

**SOMETER TODAS LAS FORMAS COMPLETAS 20 de Julio 2011 AL MISMO TIEMPO**

Al recibir todas las formas necesarias nos pondremos en contacto y, si su aplicación es aceptada, usted recibirá más información sobre el campo.

Por favor mande las formas **completadas** a:

**Camp Director with Responsibility for Campers**

Brooke Bateman, 106 E. 27<sup>th</sup> St, Merced CA 95340

El costo es de \$300 por niño por una semana de campo. Si puede, por favor entregué el pago con su aplicación. Si no, el Club De Leones le ayudara con un patrocinio. Le pedimos que hermanos que pueden oír entreguen \$300 junto con esta aplicación. Por favor de completar lo siguiente:

- \_\_\_\_\_ MI PAGO VA INCLUIDO
- \_\_\_\_\_ PUEDO PAGAR UNA PARTE DEL COSTO
- \_\_\_\_\_ MANDARE EL RESTO DEL PAGO DE \$\_\_\_\_\_ ANTES DEL \_\_\_\_\_, 2010
- \_\_\_\_\_ NECESITO QUE LOS LEONES PAGEN EL COSTO ENTERO Y ESTOY MANDANDO MY PETICION FIRMADA ADJUNTO.

**TRANSPORTACION**

Vuelo del Ángel provee transportación aérea de y al campo sin costo (La fecha final es el **15 de Junio del 2010**. Un aeropuerto municipal será identificado cerca de su hogar. Transportación por tierra (asistencia limitada) es proveída por los miembros de Leones o padres de otros campistas. Campistas se deben registrar antes del 15 de Junio para calificar para asistencia de transportación aérea. Por favor cheque todos los que aplican:

\_\_\_\_\_ Solicito transporte aéreo y he completado la forma de librar de responsabilidad del Vuelo del Ángel y un doctor ha completado el Descargo Medico     **AL CAMPO**     **DE REGRESO A CASA**

\_\_\_\_\_ Yo puedo ayudar al proveer transporte para \_\_\_pasajeros     **AL CAMPO**     **DEL CAMPO Y DE REGRESO A CASA**

En el espacio de abajo, por favor ponga unos comentarios sobre su niño, las razones por las que quiere ir al campo, y cualquier experiencia pasada del campo que sea memorable.

---

---

---

---

**PADRE/GUARDIAN**

Estoy de acuerdo y dejo que la información contenida en esta forma sea emitida para que pueda obtener patrocinio para mi niño..

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE DIA \_\_\_\_\_ TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_



# CAMPO DE LEONES CALIFORNIA 2011

Información de Campista y Oficina:  
**California Lions Camp Office**  
USPO Box 110, 257 Belle Vue Road Atwater Ca 93301

## APLICACION DE CAMPISTA

Fecha: \_\_\_\_\_ El Campista Es: Masculino \_\_\_\_\_ Femenina \_\_\_\_\_

**Circule Talla de Camiseta Para Adulto: SM M L XL XXL**

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Años de Campo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ TTY? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Que lenguaje se habla en el hogar? \_\_\_\_\_

Hay alguien que habla Ingles en el hogar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Para Si, Quien? \_\_\_\_\_

Por favor cheque la sesión de campo para la cual esta aplicando:

\_\_\_\_\_ **Julio 25 – Julio 30st**  
**Sesión de Campo 1**

\_\_\_\_\_ **Agosto 1st – Agosto 7th**  
**Sesión de Campo 2**

El campista esta: Sordo \_\_\_\_\_ Dificultad Para Oír \_\_\_\_\_ Hermano Que Oye \_\_\_\_\_

El Campista se comunica usando? ASL \_\_\_\_\_ PSE \_\_\_\_\_ SEE \_\_\_\_\_ Habla con Señal \_\_\_\_\_ Habla \_\_\_\_\_

Por favor indique la habilidad para nadar de su hijo: Principiante \_\_\_\_\_ Intermedio \_\_\_\_\_ Avansado \_\_\_\_\_

Ha ido su hijo a campar anteriormente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuantos Años? \_\_\_\_\_

Nombre del Campo:

Cuales fueron algunas de sus actividades favoritas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Favor de voltear al dorso)

**FAVOR  
DE  
PONER  
UNA  
FOTO  
RECIENT  
E AQUI**



(APLICACION PARA CAMPISTA CONTINUADO)



Tiene su hijo algún problema emocional de comportamiento o alguna condición medica que deban saber los empleados del campo?  
(Explique) \_\_\_\_\_

El Campo de Leones California Incorporados no provee aseguranza de salud y de accidentes para campista. Los padres deben traer su propia aseguranza para su hijo o estar preparados para pagar el costo de cualquier servicio medico requerido mientras estén en el campo. Muchos proveedores de servicios médicos requieren prueba de aseguranza al tiempo que se les rinde servicios médicos. **Favor de proveer una tarjeta de calcamonia u otra identificación de aseguranza** antes de llegar al campo. Si el campista no esta asegurado o no provee al Campo Pacifica con prueba de aseguranza, por favor este preparado para pagar \$25.00 para cubrir el costo del plan de aseguranza medica suplemental para cubrir mientras el campista este asistiendo al Campo Pacifica. Le pedimos que nos provea con la siguiente información.

Compañía de Aseguranza \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Medical # \_\_\_\_\_

INFORMACION DE ESCUELA

A Cual Escuela Va: \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_ Nivel de Grado: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Escuela: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

ACUERDO DEL PADRE Y CAMPISTA

El campista seguirá las reglas del campo y respetara a todos los individuos en el campo incluyendo a los campistas, empleados, equipo y la propiedad del campo. Los padres son requeridos que paguen por cualquier daño causado a propiedad personal o del campo. Absolutamente no se permite tener armas, alcohol, o drogas ilegales. Si el campista repetidamente desobedece cualquiera de las reglas o muestra comportamiento que los pone a ellos o a otros campistas, o a los empleados en peligro, los padres serán notificados que vengan al Campo Pacifica y se lleven a su hijo a la casa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Campista

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

ESPACIO ES LIMITADO, MANDE SU APLICACIÓN A:

**Camp Director with Responsibility for Campers  
Brooke Bateman, 106 E 27<sup>th</sup> St, Merced CA 95340**

Antes de que el campista sea considerado, por favor complete y regrese: la "Aplicación de Campista", "Forma de Información", "Salud y Archivo Medico para Jóvenes", y "Autorización y Consentimiento para Menores." También entregué la "Forma para Librar de Responsabilidad del Transporte Aéreo y medico de Vuelo del Ángel " si esta solicitando transporte aéreo.

**ENTREGUE TODAS LAS FORMAS AL MISMO TIEMPO!!**



# ARCHIVO MEDICO Y DE SALUD



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

## Persona de contacto en caso de emergencia medica

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Guardián \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Otras Instrucciones: \_\_\_\_\_

**LLENE ESTA FORMA COMPLETAMENTE y luego la lleva a su doctor o a su usual grupo de cuidado medico (clínica, centro de salud, etc.) para examinacion.**

## HISTORIAL DE SALUD

Debe ser firmado por los padres de estudiantes que tengan menos de 18 años.

### HA TENIDO O ESTA PROPENSO A TENER: (Cheque para si)

- asthma       desmayos       convulsiones       problemas del corazón       diabetes (tipo) \_\_\_\_\_
- restricciones de nadar or deportes       alergias o reacción a cualquier medicamento       otro \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

Cheque aquí si no tiene ninguno de los de arriba le aplica a usted

### VACUNAS

#### Fecha de la Ultima Vacuna

### VACUNAS

#### Fecha de la Ultima Vacuna

Tétano	_____	Sarampión	_____
polio	_____	Rubéola	_____
Paperas	_____	difteria	_____

### TIENE DIFICULTAD CON: (Cheque para si)

- Ojos, oídos, nariz, garganta       digestión       moja la cama       sarampión       viruela       Rubéola
- Pulmones       problemas menstruales       camina dormido       paperas       tos ferina       difteria

## LISTA DE MEDICAMENTOS QUE DEBEN CONTINUARSE MIENTRAS ESTE EN EL CAMPO

Medicamento	Dosis	Hora

Necesidad para dietas especiales? \_\_\_\_\_ Vegetariano? \_\_\_\_\_

Tiene restricciones de actividad debido a razones medicas? Explique: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DE PADRE

Este historial medico esta correcto según mi conocimiento, y la persona descrita aquí tiene permiso de participar en todas las actividades prescritas, excepto como es notado por mi y el medico. En el evento que yo no pueda ser localizado en caso de emergencia, le doy permiso al medico, seleccionado por el líder adulto que este a cargo, de hospitalizar, asegurar anestesia apropiada, o de ordenar inyección o cirugía para mi hijo/a.

Firma Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: La información de arriba y el archivo medico al reverso se deben compartir con un líder adulto y personas responsables del campo y actividades especiales incluyendo transportación.

**ESTA PARTE DE LA FORMA DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN MEDICO CON LISENCIA O PERSONA CON LISENCIA PARA PROVEER INFORMACION Y ASESORAMIENTO MEDICO.**

**EVALUACION MEDICA**

AL MEDICO: revise el historial medico. Si esta incompleto, por favor pida que esta información esencial sea proveída para su uso. Si el historial medico del individuo lo indica, una examinacion completa debe ser realizada.

HISTORIAL PASADO SIGNIFICANTE:

**PARTE A – Use esta parte SOLAMENTE si el solicitante ha tenido un examen durante los pasados 2 (dos) años. Si no, pase a la Parte B.**

**Physician's Health Memorandum  
(To be completed annually when complete physical examination is not done)**

Name \_\_\_\_\_ last had a medical examination on (Date) \_\_\_\_\_  
and no contraindication to their participation in any activity was found except as noted below.

Individual should be restricted from \_\_\_\_\_

Individual is susceptible (or allergic) to \_\_\_\_\_

Other instructions: \_\_\_\_\_

**PART B – For use if applicant has NOT had a physical examination within the past 2 (two) years.**

**Examen Fisico**

Vision R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ B.P. \_\_\_\_\_ Con Lentes R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_

- |             |                          |                         |                          |                          |                          |                           |                          |
|-------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Ojos     | <input type="checkbox"/> | 7. Tiroides             | <input type="checkbox"/> | 12. Abdomen              | <input type="checkbox"/> | 17. Skin (acne and scars) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Oidos    | <input type="checkbox"/> | 8. Lymph nodes          | <input type="checkbox"/> | 13. Hernia               | <input type="checkbox"/> | 18. Reflexes              | <input type="checkbox"/> |
| 3. Oir      | <input type="checkbox"/> | 9. Pecho (gynecomastia) | <input type="checkbox"/> | 14. Genitalia (maturity) | <input type="checkbox"/> | 19. Pilonidal sinus       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nariz    | <input type="checkbox"/> | 10. Corazon             | <input type="checkbox"/> | 15. Extremities (joints) | <input type="checkbox"/> | 20. Speech                | <input type="checkbox"/> |
| 5. Garganta | <input type="checkbox"/> | 11. Pulmones            | <input type="checkbox"/> | 16. Skeletal (scoliosis) | <input type="checkbox"/> | 21. Emotional adjustment  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dientes  |                          |                         |                          |                          |                          |                           |                          |

Pruebas Requeridas: Urinalysis Sugar? \_\_\_\_\_ Albumin? \_\_\_\_\_

If indicated: Blood count \_\_\_\_\_ Chest plate \_\_\_\_\_ Tine Test \_\_\_\_\_

Should be restricted from: \_\_\_\_\_

Individual is susceptible (or allergic) to: \_\_\_\_\_

Other Instructions: \_\_\_\_\_

**Physician's Assessment**

This person appears to be fit to participate in:

Camping and Hiking \_\_\_\_\_ Water Sports \_\_\_\_\_ Competitive sports \_\_\_\_\_

This person may request transportation assistance from Angel Flight. Please confirm that this patient is medically stable and may fly in a small non-pressurized aircraft. YES  NO

**Please indicate the applicants: Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_**

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**FORMA PARA LIBRAR DE RESPONSABILIDAD DEL TRANSPORTE AEREO VUELO DEL ANGEL**

**REGRESE A LA OFICINA DEL CAMPO DE LEONES CALIFORNIA  
CON LA APLICACIÓN DEL CAMPISTA**

- (1) Vuelo del ángel, no comercial, sin ganancia, organización de servicio publico voluntario, y sus piloto(s) voluntarios, incluyendo

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
**PILOTO ASISTENTE DE MISION**

Estoy de acuerdo en proveerles a los siguientes pasajeros

\_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_  
**PASAJERO PASAJERO**

transportación aérea (o si es necesario, transportación por tierra), sin costo, para la conveniencia del pasajero obtener, asistir con o regresar de tratamiento medico o diagnosis, o por otras necesidades humanas según sea determinado ser adecuado por las misiones del Vuelo de Ángel.

- (2) Es entendido que los pilotos del Vuelo del Ángel están voluntariamente prestando sus servicios y aviones (y si es necesario, transportación por tierra), y no son reembolsados monetaria mente por sus servicios, o por los gastos que voluntariamente rinden al proveer Misiones del Ángel del Vuelo. Así también, Vuelo del Ángel, y las personas actuando de su parte, incluyendo coordinadores de misión, agencias de referencia, miembros de la meza, pilotos, y todas las otras personas asociadas con Vuelo del Ángel, están contando con el regreso de esta forma firmada a cambio de proveer sus servicios caritativos.

(3) Adultos:

En consideración por recibir este transporte aéreo sin costo, estoy de acuerdo de **MANTENER SIN CULPA** al Vuelo del Ángel, sus pilotos voluntarias, y todas las personas actuando de su parte, incluyendo coordinadores de misión, agencias de referencias, miembros de la meza, pilotos, y todos aquellos asociados con Vuelo del Ángel que han asistido en hacer los arreglos de transportación Vuelo del Ángel, de cualquier responsabilidad, incluyendo, pero sin limitar a, responsabilidad por negligencia por lesiones físicas o daños de propiedad que puedan surgir, y por cualquier acción en contra por muerte por error la cual mis herederos y/o encargado puede traer a consecuencia de que yo fui pasajero en un avio o transporte por tierra proveído por Vuelo del Ángel, y operado por los pilotos u otros actuando de parte del Vuelo del Ángel.

**ESTO QUIERE DECIR QUE NI YO, NI MIS HEREDEROS O ENCARGADOS, PUEDEN PERCEGUIR RECLAMOS POR DAÑOS QUE SURJAN POR LA TRANSPORTACION VOLUNTARIA DEL VUELO DEL ANGEL.**

Menores o Individuos Legalmente Incompetentes:

En consideración por recibir este transporte sin cobro, y de parte de los individuos menores legalmente incompetentes que serán transportados, yo estoy de acuerdo de **MANTENER SIN CULPA** al Vuelo del Ángel, sus pilotos voluntarios, y todas las personas actuando de su parte, incluyendo coordinadores de misión, agencias de referencia, miembros de la meza, pilotos, y todos aquellos asociados con vuelo del ángel, de cualquier responsabilidad, incluyendo, pero no limitado a, responsabilidad por negligencia por lesiones físicas o daños de propiedad que yo/nosotros, o el menor legalmente incompetente puedan sufrir, y por cualquier acción por muerte ilegal a la cual los herederos o encargados puedan tomar que puedan surgir por al ser el menor legalmente incompetente el pasajero en un vuelo o transportación arreglada por Vuelo del Ángel. **ESTO QUIERE DECIR QUE EN NOMBRE DEL MENOR/INDIVIDUO LEGALMENTE INCOMPETENTE ESTOY DE ACUERDO EN QUE NI EL MENOR/INDIVIDUO LEGALMENTE INCOMPETENTE, NI SU(S) HEREDERO(S) O ENCARGADOS, PUEDEN TOMAR ACCION EN CONTRA DE LAS PERSONAS O ENTIDADES SEGÚN DESCRITO AQUÍ POR CUALQUIER DAÑO O DAÑOS QUE SALGAN ATRAVES DE LA TRANSPORTACION VOLUNTARIA DEL VUELO DEL ANGEL.**

EL QUE FIRMA ABAJO AFIRMA TUTORIA Y/O RESPONSABILIDAD SOBRE EL MENOR/PASAJERO(S) LEGALMENTE INCOMPETENTE QUE SERA TRANSPORTADO POR VUELO DEL ANGEL, Y ESTA DE ACUERDO

EN INDEMNIFICAR, SALVAR, DEFENDER, Y MANTENER SIN CULPA AL VUELO DEL ANGEL, SUS PILOTO(S) VOLUNTARIOS, Y AQUELLAS PERSONAS ACTUANDO EN SU REPRESENTACION, INCLUYENDO COORDINADORES DE MISION, AGENCIAS DE REFERENCIA, MIEMBROS DE LA MEZA, PILOTOS, Y TODOS AQUELLOS ASOCIADOS CON VUELO DEL ANGEL, SOBRE CUALQUIER QUEJA POR HERIDAS, MUERTES, O DAÑOS, A CUALES DICHO MENOR/INDIVIDUO LEGALMENTE INCOMPETENTE PUEDA INICIAR, O QUE PUEDAN SER INICIADOS A SU NOMBRE, COMO RESULTADO DE SER TRANSPORTADO EN UN AVION DEL VUELO DEL ANGEL O TRANSPORTACION POR TIERRA.

Doy mi consentimiento al menor/pasajero legalmente incompetente mencionado en este documento para que sea transportado en transportación organizada por Vuelo del Ángel.

- (4) Entiendo que es mi única y exclusiva responsabilidad de comprar cualquier vuelo o aseguranza de accidente si así lo deseo para estar asegurado en este vuelo.
- (5) En caso de que cualquier parte de este contrato sea hecho sin validez, las porciones que restan permanecerán en fuerza y efecto completo.
- (6) NOTA: ESTE COMUNICADO SERA USADO, Y ES ESTIMADO VALIDO, SEGÚN LAS MISIONES DEL VUELO DEL ANGEL EN LAS CUALES EL QUE FIRMA ABAJO, O EL MENOR(ES)/INDIVIDUOS MENTALMENTE INCOMPETENTE POR QUIEN SE ESTA FIRMANDO ESTE COMUNICADO, SON PASAJEROS.
- (7) Según es notado por mi firma abajo, he leído este acuerdo en su totalidad y estoy de acuerdo con sus términos.

(NOTA: Debe ser firmado por cada pasajero adulto, o si un menor/legalmente incompetente, por los dos padres, o si solamente un padre esta disponible, que el padre, o la persona con custodia legal única, o el guardia legal/conservador del menor/pasajero legalmente incompetente)

Pasajero \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Pasajero \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**DEBE SER FIRMADO POR LOS ASISTENTES DE VUELO DEL VUELO DEL ANGEL.**

He leído y entiendo todo lo de arriba. Como Asistente de Vuelo de Misión estoy de acuerdo en mantener sin culpa al Vuelo del Ángel, su(s) piloto(s) voluntarios, y todas las personas actuando a nombre de ellos, incluyendo a coordinadores de misión, agencias de referencia, miembros de la meza, pilotos, y todos aquellos asociados con Vuelo del Ángel, de cualquier y toda responsabilidad incluyendo, pero no limitado a, responsabilidad por negligencia por cualquier daño personal o de daño de propiedad que pueda surgir, y por cualquier acción de muerte ilegal por la cual mis herederos y mis Encargados puedan iniciar a consecuencia de yo ser un asistente de vuelo de misión en un vuelo arreglad por Vuelo del Ángel. Esto quiere decir que ni yo, ni mis herederos o Encargados, pueden perseguir a esas personas o entidades según descritas en este documento por daños que surjan por ser voluntario de transportación del Vuelo del Ángel.

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Asistente de Misión

**LIBERACION DE FOTOS**

Entiendo que para poder continuar proveyendo el servicio a la comunidad sin costo, Vuelo del Ángel depende de contribuciones que son en parte solicitados a través de publicidad. Para poder contribuir a esos esfuerzos, le doy permiso al Vuelo del Ángel para tomar y usar mi fotografía para promocionar, relaciones publicas y usos relacionados.

Pasajero #1 (iniciales) \_\_\_\_\_ Pasajero #2(iniciales) \_\_\_\_\_

(Fecha de Revision 5/26/03)



# CAMPO DE LEONES CALIFORNIA

**AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA MENOR**  
CCP 25.8 Y CODIGO PENAL SECCION 12552



\_\_\_\_\_  
**Nombre del Campista**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

Con la firma de abajo autorizo a la Incorporación del Campo de Leones de California o su sustituto que ellos pueden designar a agentes por el que firma para consentimiento a examen de rayos x, anestesia, medico, dental o diagnosis surjico o tratamiento y cuidado de hospital para el menor que es mencionado arriba que sea recomendable por y ser rendido bajo la supervisión especial o general de cualquier medico o cirujano, con licencia bajo la supervisión de la Acta de Practica Medica o cualquier dentista bajo el Acta de Practica Dental, ya sea que dicho diagnosis o tratamiento es proveído en la oficina de dicho medico o dentista, en un hospital, en el Campo Pacifica o en otro lugar. El que firma abajo además autoriza al Campo de Leones de California el uso de parecidos fotográficos del campista en su publicidad, publicaciones, películas y videos.

Esta autorización permanecerá en efecto mientras el menor mencionado arriba este en camino a o de o involucrado o participando en cualquier Campo de Leones de California, Incorporado programa o actividad, solamente que sea revocado por escrito por el que firma abajo, y entregado al agente antes mencionado.

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

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián (Firma)

\_\_\_\_\_  
Madre/Guardián (Firma)

\_\_\_\_\_  
Padre/Guardián (Escrito)

\_\_\_\_\_  
Madre/Guardián (Escrito)

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa #

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa #

\_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo #

\_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo #

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Fax #

\_\_\_\_\_  
Fax #