



CAMPER REGISTRATION FORM

SAINT FRANCIS OF THE CITY

1135 Jocelyn St at Lawndale
Houston, TX 77023
Phone: (713) 393-7701
Email: info@francisofthecity.org

DO NOT LEAVE ANY BLANK SPACES

Name of child: _____ Age and Grade entering in August 2024 _____

Name of child: _____ Age and Grade entering in August 2024 _____

Name of child: _____ Age and Grade entering in August 2024 _____

Name of Parents/Legal Guardian: _____

Mother's phone # _____ Father's phone # _____

Email: _____

Address: _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Known Allergies _____ Medication: _____

Does your child have any special needs or disabilities? ___ Yes ___ No. If Yes, please explain _____

(participation in camp for children with special needs or disabilities will be considered on a case by case basis).

Family Physician _____ Phone # _____

Emergency Contacts if parents can't be reached. Please list daytime or cell numbers.

Name _____ Phone _____ Relationship _____

Name _____ Phone _____ Relationship _____

The child registered on this form has my permission to participate in Camp Hope. I agree that **Saint Francis of the City Lutheran Church and Camp Hope**, will not be held responsible for accidents arising thereof. I am responsible for any medical obligations incurred during these camp activities and give the camp permission to seek treatment in case of injury or illness. I understand that I am ultimately responsible for my child's behavior at camp and that they will be expected to sign and live by the camp covenant which states: "I will show respect for God, others, and myself." I know that violation of this covenant can and will result in my child being removed from the program.

I give permission for **Saint Francis of the City Lutheran Church, and Camp Hope Ministries**, to use, publish or disclose in newsletters, brochures, periodicals, posters, website or other media-related vehicles, any photographs, videos, audios or other material in which my child may have appeared, spoken, written or otherwise been represented.

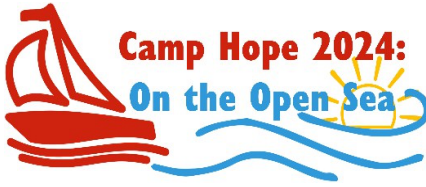
Parent or Guardian Signature

Date

Mail, Email, or drop off the completed application form. (Address, and email information at top of the page.)

Copyright Camp Hope Ministries

CAMP HOPE MINISTRIES, INC.



REGISTRO DEL PARTICIPANTE

SAN FRANCISCO DEL PUEBLO

1135 Joceyln St at Lawndale

Houston, TX 77023

Teléfono: (713) 393-7701

Correo Electrónico: info@franciscothecity.org

NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO

Nombre del niño(a) _____ Edad y Grado al que pasaron _____

Nombre del niño(a) _____ Edad y Grado al que pasaron _____

Nombre del niño(a) _____ Edad y Grado al que pasaron _____

Nombre de los padres/tutor: _____

de celular de la madre _____ # de celular del padre _____

Correo electrónico _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Alergias conocidas: _____ Medicinas: _____

Su hijo(a) ¿tiene alguna discapacidad o necesidad especial? Si ___ No. Si sí, explicar _____

(los niños con discapacidades o necesidades especiales podrán participar según sea el caso).

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Personas que podemos contactar en caso de emergencia. Por favor indique relación y número de teléfono.

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

El niño/a inscrito en este formulario tiene mi permiso de participar en Camp Hope durante las sesiones indicadas. Acepto que la Iglesia Luterana **SAN FRANCIS DEL PUEBLO y Camp Hope**, no serán responsables por accidentes que sucedan durante este tiempo. Soy responsable de todas las obligaciones médicas en las que se incurra mi hijo/a durante las actividades de Camp Hope y doy permiso a Camp Hope a buscar tratamiento en caso de accidente o enfermedad. Entiendo que últimamente soy el responsable de la conducta de mi hijo/a en el campamento y que se espera de ellos una firma y que se comporten de acuerdo al convenio del campamento que dice: *“voy a demostrar respeto por Dios a otros y a mi persona.”* Sé que la falta a este convenio puede resultar en que mi hijo/a sea suspendido del programa.

Doy permiso a la Iglesia Luterana **SAN FRANCIS DEL PUEBLO y Camp Hope Ministries**, para utilizar, publicar o divulgar en el boletín informativo, folletos, revistas, carteles, sitio de red o cualquier otro medio de comunicación, cualquier foto, video, audio u otro material en el cual mi hijo/a aparece, habla o haya escrito sin representación.

Firma del padre o guardián _____ Fecha _____

Copyright Camp Hope Ministries

Mande por correo, o entregue en persona esta aplicación/permiso. (La dirección y correo electrónico está en la parte superior de la página.)