

eliminating racism
empowering women

ywca

Northern New Jersey



**FREE! Summer Camp
Registration**

July 5 – 8, 2022

Lincoln Park, Jersey City

Please email this application
to emustafa@ywcannj.org

**¡Gratis! Registración para
campamento de verano**

Del 5 - 8 de julio de 2022

Lincoln Park, Jersey City

Por favor, envíe esta solicitud por correo electrónico
a emustafa@ywcannj.org

Child's Name: _____

Nombre de la niña/o: _____

Gender: _____ **Date of Birth:** _____ **Age:** _____

Género: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____

FAMILY INFORMATION/COMMUNICATION

INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN FAMILIAR

Parent/Guardian Name: _____ **Date of Birth:** _____

Nombre del padre/guardián: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Home Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Cell Phone: _____ **Email Address:** _____

Teléfono celular: _____ **Correo electrónico:** _____

Parent/Guardian Name: _____ **Date of Birth:** _____

Nombre del padre/guardián: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Home Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Cell Phone: _____ **Email Address:** _____

Teléfono celular: _____ **Correo electrónico:** _____

Emergency Information/Communication

If I am unable to pick-up or be reached regarding important matters pertaining to my child, I authorize these people to pick-up my child or answer questions.

Name: _____ **Relationship to Child:** _____

Daytime Phone: _____ **Cell Phone:** _____

Name: _____ **Relationship to Child:** _____

Daytime Phone: _____ **Cell Phone:** _____

Información/Comunicación de Emergencia

Si no puedo recoger o ser contactado con respecto a asuntos importantes relacionados con mi hija, autorizo a estas personas a recoger a mi hija o responder preguntas.

Nombre: _____ **Relación con el niño/a:** _____

Teléfono diurno: _____ **Teléfono celular** _____

Nombre: _____ **Relación con el niño/a:** _____

Teléfono diurno: _____ **Teléfono celular** _____

Health information -

Please include copies of physical and immunization records. (Physical date within one year.)

Any Medical Issues/ Allergies? No Yes, describe:

If your child has allergies requiring medical treatment – please include care plan from your doctor.

*Medication must be sent on child's first day (2 Epi-pens required) or child will not be permitted to attend camp.

Información de salud -

Por favor incluya copias de los registros físicos y de inmunización. (Fecha física dentro de un año.)

¿Algún problema médico / alergias? No Sí, describa:

Si su hija tiene alergias que requieren tratamiento médico, por favor incluya el plan de atención de su médico.

**La medicación debe enviarse el primer día del niño (se requieren 2 Epi-plumas) o no se permitirá que el niño asista al campamento.*

Please complete this section

(Note: all personal information is confidential and used for grant reporting purposes only)

Por favor complete esta sección

(Nota: toda la información personal es confidencial y se utiliza solo con fines de informes de becas)

Which best describes you - *Lo que mejor te describe:*

- Asian or Pacific Islander - *Asiáticos o isleños del Pacífico*
- Black or African American - *Negro o afroamericano*
- Hispanic or Latino - *Hispano o latino*
- Native American or Alaskan Native - *Nativo americano o nativo de Alaska*
- White or Caucasian - *Blanco o caucásico*
- Multiracial or Biracial - *Multirracial o Biracial*
- Race or ethnicity not listed here - *Raza u origen étnico no enumerados aquí:* _____

How did you hear about this program? - *¿Cómo te enteraste de este programa?*

- Social Media - *Redes Sociales*
- E-Blast or Email - *E-Blast o correo electrónico*
- Word of Mouth - *En persona*
- Other - *Otro* _____

PAYMENT OPTIONS - **One-time Fee: \$25 OPCIONES DE PAGO - **Pago de una ocasión de \$25****

Electronic Fund Transfer (EFT) – Voided Check must be provided.
Transferencia de fondos electrónicos - debe de proporcionar un cheque vacío

Credit Card - Tarjeta de crédito

Type of Card - Tipo de tarjeta: American Express Discover MasterCard Visa

Name as it appears on card: _____ Daytime phone: _____

Nombre como aparece en su tarjeta de crédito: _____

Billing Address for this card: _____

Dirección para esta tarjeta de crédito: _____

Card number: _____ Expiration date: _____ Security code: _____

Número de Tarjeta: _____ *Fecha de vencimiento:* _____ *Código de seguridad:* _____

Cardholder Email Address - *Dirección de correo electrónico del dueño de la tarjeta:* _____

- I authorize the YWCA NNJ to charge my credit card for my child's summer camp tuition.**
- Autorizo a la YWCA NNJ a cargar en mi tarjeta de crédito la matrícula del campamento de verano de mi hija***

Signature: _____

Date: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Permissions and Waiver/ Permiso y Renuncia

Yes, you have permission to use my / my child's photo/video in YWCA Northern New Jersey communications, marketing and public relations. I understand that the photos/videos may be used in print, video, digital media, presentations, public relations materials, and social media. I also understand that I will not be compensated for the use of such photos/videos.

No, you do not have my permission.

Yes, the child named on this contract is in good health and is able to fully participate in all activities offered at YWCA summer camps. In an emergency, when either I or the emergency contact above cannot be reached, I hereby give permission for the YWCA to take any action deemed necessary for the best interests of my child. I also give permission for any medical personnel selected by the camp to provide needed care including any resuscitation efforts and emergency room care.

Yes, I have read, understand and have access to a copy of the parent handbook, which includes the Management of Communicable Diseases, Expulsion/ Discipline Policy, Release of Children Policy, Medication Policy, the Information to Parents from the Department of Health and the social media policy (always available online at www.ywcannj.org). I understand it is my responsibility to read all the policies and I have read this entire application and I agree to abide by all terms and regulations.

Yes, I have read, fully understand and accept this release, hold harmless and waiver. I agree to release and hold harmless YWCA Northern New Jersey and all of its affiliates and its and their officers, directors, trustees, employees, agents, representatives, successors or assigns from any all claims or causes of action. I, further agree to give up or waive any right that you may otherwise have to bring claims or causes of action, including for negligence where not prohibited by law, against YWCA Northern New Jersey or any of its affiliates and its and their officers, directors, trustees, employees, agents, representatives, successors or assigns for personal injury, including death, or loss of or damage to property.

Camper Name _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone No: _____ Email: _____

Parent/Guardian Name: _____

Signature: _____

Please email this application to emustafa@ywcannj.org

Permiso y Renuncia

- Sí**, usted tiene permiso para usar mi / foto/ video de mi hija en las comunicaciones, promociones y relaciones públicas de YWCA Northern New Jersey. Entiendo que las fotos / videos se pueden usar en medios impresos, videos, medios digitales, presentaciones, materiales de relaciones públicas y redes sociales. También entiendo que no seré compensado por el uso de tales fotos / videos.
- No**, no tienes mi permiso.
- Sí**, la niña nombrada en este contrato está en buen estado de salud y es capaz de participar plenamente en todas las actividades que se ofrecen en los campamentos de verano de YWCA. En una emergencia, cuando yo o el contacto de emergencia anterior no podemos ser contactados, por la presente doy permiso para que la YWCA tome cualquier acción que se considere necesaria para el interés superior de mi hijo. También doy permiso para cualquier personal médico seleccionado por el campamento para proporcionar la atención necesaria, incluidos los esfuerzos de reanimación y la atención de la sala de emergencias.
- Sí**, he leído, entiendo y tengo acceso a una copia del manual para padres, que incluye el Manejo de Enfermedades Transmisibles, la Política de Expulsión / Disciplina, la Política de Liberación de Niños, la Política de Medicamentos, la Información a los Padres del Departamento de Salud y la política de redes sociales (siempre disponible en línea en www.ywcannj.org). Entiendo que es mi responsabilidad leer todas las políticas y he leído toda esta solicitud y acepto cumplir con todos los términos y regulaciones.
- Sí**, he leído, entiendo completamente y acepto este comunicado, mantengo indemne y renuncio. Acepto liberar y mantener indemne a YWCA Northern New Jersey y a todos sus afiliados y a sus funcionarios, directores, fideicomisarios, empleados, agentes, representantes, sucesores o cesionarios de cualquier reclamo o causa de acción. Además, acepto renunciar a cualquier derecho que de otra manera pueda tener para presentar reclamos o causas de acción, incluso por negligencia donde no esté prohibido por la ley, contra YWCA Northern New Jersey o cualquiera de sus afiliados y sus funcionarios, directores, fideicomisarios, empleados, agentes, representantes, sucesores o cesionarios por lesiones personales, incluida la muerte, o la pérdida o daño a la propiedad.

Nombre del Niño/niña _____

Dirección de domicilio: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma: _____

Por favor, envíe esta solicitud por correo electrónico a emustafa@ywcannj.org