

2018 Summer Camp Application

Select a Summer Camp Location:



Meadow View Elementary
2665 Dutton Meadow

Taylor Mountain Elementary
1210 E Bellevue Avenue

Child's first name _____ Last name _____

Date of Birth ____/____/____ School _____ Grade (2017 - 2018) _____

Additional Child(ren): _____

Date(s) of Birth ____/____/____ ____/____/____ Grade(s) (2017 - 2018) _____

Parents or Guardian's Name(s) _____

Address: _____ Home Phone #: _____

Mother's Cell# _____ Father's Cell Phone#: _____

Mother's Work Phone # _____ Father's Work Phone#: _____

Mother's / Father's E-Mail: _____

Person(s) authorized to pick up your child: (Person must show picture I.D.)

Name: _____ Relationship: _____ Phone#: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone#: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone#: _____

Primary Language: English Spanish Other: _____

Does your child have any medical conditions (Please check one) Yes: _____ No: _____

If yes, please explain: _____

Does your child take any medication or have any allergies? Yes _____ No: _____

If yes, please explain: _____

Does the CalSERVES program have permission to use photos of your child in educational or promotional materials. (There is no cost.) Yes: _____ No: _____

Does your child have permission to participate in water related activities? Yes: _____ No: _____

Does your child have permission to check out at 3:00 PM to walk home? Yes _____ No: _____

Fees: \$35 / child and \$25 / additional child

Checks payable to: NCOE (NO CASH)

Parent / Guardian Signature: _____ Date _____

Solicitud: Programa de Verano 2018

Seleccione un sitio de campamento de verano:



Meadow View Elementary
2665 Dutton Meadow

Taylor Mountain Elementary
1210 E Bellevue Avenue

Primer Nombre de Niño/a _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Escuela _____ Grado (2017 – 2018) _____

Niño/a(s) Adicionales: _____

Fechas de Nacimiento ___/___/___ ___/___/___ Grado(s) (2017 – 2018) _____

Nombre de Padre o Guardián _____

Dirección: _____ # Teléfono de Casa: _____

Celular de la Madre: _____ # Celular de Padre: _____

De trabajo de Madre: _____ # De trabajo de Padre: _____

Correo Electrónico: _____

Persona(s) autorizadas de recoger a su niño/a. (Persona debe enseñar identificación de retrato).

Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ #de Teléfono: _____

Idioma Primaria: Inglés Español Otro: _____

¿Su niño/a tiene alguna condición medica? (Por favor marque uno) Sí ___ No ___

Si marco <si> por favor explique: _____

¿Su niño/a toma algún medicamento o tiene alguna alergia? Sí ___ No ___

Si marco <si> i por favor explique: _____

¿Da permiso que el programa CalSERVES use retratos de su niño/a en materiales educativos o promocionales? (No hay costo). Sí ___ No ___

¿Tiene permiso su hijo/hija de participar en actividades de agua? Sí ___ No ___

¿Le da permiso a su niño/a que firme a las 3:00 PM y camine a casa? Sí ___ No ___

Cuota: \$35 por niño/a y \$25 por niño/a adicional

Cheques a Nombre de: NCOE (NO SE ACEPTA EFECTIVO)

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____