



IGLESIA CRISTIANA (DISCÍPULOS DE CRISTO) EN PUERTO RICO
**SOLICITUD PARA LOS ENCUENTROS DE CAPACITACIÓN PARA LÍDERES
 JUVENILES, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL CAMPAMENTO MORTON**

___ CONFERÍN	___ STAFF
\$ _____	\$ _____ BALANCE
<input type="checkbox"/> EFECTIVO	<input type="checkbox"/> CHEQUE# _____
#REC: _____	FECHA: _____

Completar en letra de molde con bolígrafo azul o negro. Marque con una (X) el Encuentro del que participará.

Juveniles ____ Adolescentes ____ Jóvenes ____ Jóvenes II ____
 (10 – 12 años) (13 – 15 años) (16 – 18 años) (19 – 25 años)

Iglesia a la que pertenece: _____

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre, Inicial y Apellidos _____

_____| _____ | _____ | _____ | F M
 Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año) Edad Peso Estatura

_____| _____
 Número de teléfono Correo electrónico (email)

 Escolaridad (Último año que acaba de cursar)

_____| _____
 Dirección Residencial Código de Área

En una emergencia podemos comunicarnos con (nombre del contacto) al (número de teléfono).

¿Esta es su primera experiencia en los Encuentros de Verano? Si ____ No ____

II. LO QUE DEBES LLEVAR AL ENCUENTRO

- Biblia
- Tarjeta de Plan Médico (si alguno)
- Medicamentos (quedarán custodiados por la enfermera)
- Ropa apropiada (Camisas, pantalones, ropa interior, medias, correas y zapatos cómodos)
- Almohada
- Ropa de cama (Tamaño "twin")
- 2 Toallas
- Artículos para el aseo personal (Jabón, shampoo, pasta de dientes, cepillo de dientes, cepillo para peinarse, desodorante, toallas sanitarias, bolsa para ropa sucia)
- Repelente para los mosquitos
- Linterna
- Dinero en efectivo

III. ACUERDO DE DISCIPLINA DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO

1. Respetará y obedecerá al director y líderes del Encuentro.
2. Tratará con respeto y dignidad a todos los conferines del Encuentro.
3. Participará de toda la programación del Encuentro según el horario establecido (Cultos, conferencias, actividades recreativas, comidas... entre otras).
4. Respetará y observará las horas de descanso.

IV. NO SE PERMITIRÁ

- El uso de celulares o cualquier equipo electrónico fuera de los horarios asignados para ese propósito.* (Cada conferín es responsable de su celular o equipo electrónico)
- Salir fuera del campamento sin autorización.
- Transitar vehículos por las áreas del campamento.
- Quedarse en las casetas durante la programación.
- Aislarse del grupo en actividades no programadas.
- Conducta inapropiada, ya sea en el comportamiento, lenguaje, juegos bruscos, lanzarse objetos y ruidos que molesten a otros.
- Uso de drogas de toda naturaleza, bebidas alcohólicas, cigarrillos y sustancias dañinas a la moral y a la salud.
- Estar fuera de las casetas después de la hora asignada para dormir.
- Visitas de familiares, ni amigos durante el Encuentro.

V. AUTORIZACIÓN DE CONTROLES Y MEDIDAS DISCIPLINARIAS

Si un conferín violare cualquiera de estas reglas, será amonestado la primera vez. Pero si reincide en cualquiera de ellas, será devuelto a su hogar, sin derecho a devolución de cuotas pagadas. Además, si le falta a la verdad sobre su iglesia de procedencia.

He leído estas reglas, controles y medidas y estoy de acuerdo con las mismas.
He leído y acepto conscientemente la aplicación de estas medidas disciplinarias.

Yo _____, procedente de la ICDC en _____
estoy de acuerdo y certifico correcta la información antes expuesta.

De ser necesario estas son las personas autorizadas a buscar al conferín:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del padre/madre o encargado

Fecha

(Firma del conferín)

Fecha

VI. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y CONDICIONES DE SALUD

Nombre y apellidos del conferín: _____

Condiciones de salud del conferín (Para ser llenado por el padre, madres o encargado)

Ha padecido de:

Sinusitis		Dolores de Cabeza		Mareos frecuentes	
Infecciones del Oído		Convulsiones		Asma	
Catarros frecuentes		Diabetes		Calambres	
Estreñimiento		Fiebre Reumática		Epilepsia	

Otros: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna enfermedad durante el último año? (Explique):

¿Alguna recomendación específica?

¿Es alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO ABSOLUTO

Como padre, madre o persona encargado doy mi consentimiento para que participe de las actividades del Encuentro. Autorizo, además, al director y personal de enfermería del Encuentro a procurar el tratamiento médico de emergencia o requerido por ley cuando fuere necesario. En caso de procedimientos invasivos, quirúrgicos, operación, transfusiones de sangre, órdenes médicas o procedimientos médicos indispensables y necesarios para mantener y salvar la vida.

Certifico que las autorizaciones y consentimientos que aquí confiero las hago libre, concienzuda y voluntariamente reconociendo todas las implicaciones de un consentimiento informado.

Firma del padre/madre o encargado

Fecha

CEBEV-19

Nota: Esta solicitud debe estar acompañada de una copia del certificado de nacimiento, certificado médico y una foto 2x2. Horario de matrícula varía por Encuentro.

VIII. ENDOSO PASTORAL

Nombre del Pastor o Moderador _____

Número de teléfono _____

(De haber vacante pastoral, el moderador de la Junta de Oficiales será quien evalúe si el conferín cumple con los requisitos).

Marque con una **X** indicando que cumple con ese requisito.

1. Pertenece a la ICDC en _____
2. Es miembro y líder de la congregación que endosa. ____
3. Tiene un buen testimonio y vive de forma consagrada ante Dios y con la iglesia. ____
4. Participa consistentemente de la programación de la iglesia. (Cultos, Escuela Bíblica, Confraternidades y otras actividades). ____
5. Demuestra interés genuino en la convivencia comunitaria de su congregación. ____
6. Trabaja efectivamente bajo la dirección de otros y puede adaptarse a nuevas situaciones. ____
7. Es respetuoso, puntual, responsable y tiene la disposición de aprender. ____

Doy fe de que _____ reúne los requisitos para asistir a este Encuentro.

Firma del Pastor o Moderador _____

Fecha _____

IX. CERTIFICADO MÉDICO

(El mismo debe ser completado por un médico)

Condición del corazón		Piel		Ojos	
Pulmones		Sinusitis		Oídos	
Pulso		Presión de la sangre		Dientes	
Garganta		Alergia		Temperatura	
Hernia		Migraña		Otro: _____	

Recomendaciones por algún padecimiento o dietas especiales para las comidas:

He examinado físicamente al conferín _____ y certifico que está físicamente apto para participar del Encuentro.

Nombre del médico _____

Número de licencia _____

Firma del médico _____

CEBEV-19

Nota: Esta solicitud debe estar acompañada de una copia del certificado de nacimiento, certificado médico y una foto 2x2. Horario de matrícula varía por Encuentro.