

GREAT OPPORTUNITIES
REGISTRO DE PARTICIPACIÓN Y INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre y apellido de participante: : _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Numero de telefono de casa: _____ Numero Celular: _____

Correo Electronico: _____

MÉDICO O CLÍNICA (Escriba claramente) INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre del médico: _____ Número de teléfono de la oficina del médico: _____

Compañía de seguros: _____

Poliza de seguro/Médico #: _____

Teléfono de la oficina de seguridad: _____

HISTORIA DE SALUD

(Por favor enumere cualquier restricción de salud que necesitemos saber) Comentarios/Restricciones:
ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMAN EN ESTE MOMENTO y ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS:

Alergias: _____

Medicina: _____

Otro: _____

Contactos de emergencia

Nombre del padre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del padre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Alberca: _____ Hora: _____ Nivel de natación: _____

Se unirán al programa de playa?: Si or No

Los niños serán dejados en la esquina de Calle San Diego entre las 4:30pm y las 5:30pm si asisten al programa de playa.* **Lugar de entrega/recogida: 30986 Calle San Diego, San Juan Capistrano, CA 92675*

Correo electrónico: info@greatopps.org

