

CORPUS CHRISTI SUMMER CAMP

ESPAÑOL - REGISTRATION FORM - 2025



62 Santa Rosa, Ave San Francisco, CA 94112.

Información Personal y Familiar del Campista

Nombre completo del campista: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Edad durante el campamento: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino / Grado en julio: _____ Escuela a la que asiste: _____

¿El campista es?: que regresa del 2024 _____ Hermano(a) de un campista que regresa _____ Nuevo _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Estado / País: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Número(s) de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (si es diferente del padre/madre o tutor legal)

Nombre del tutor: _____

Relación con el campista: _____ Teléfono de contacto (diurno): _____

Nombre de la persona que recogerá al campista: _____

¿Podemos contactar a alguno de los padres o tutores con respecto al pago?: Sí _____ No _____

¿Cómo se enteró del Campamento Corpus Christi?: Amigo _____ Sitio web _____ Publicidad impresa _____

Iglesia _____ Otro _____

Información Médica

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No — En caso afirmativo, por favor especifique: _____

¿Tiene su hijo/a alguna condición médica o toma medicamentos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Proveedor de Seguro médico: _____ Número

de póliza: _____

Opciones de Campamento Médica (Marque todas las que correspondan y tarifa de inscripción)

Tarifa de inscripción por niño: \$25.00 (no reembolsable) Costo por semana: \$150.00 — Pago total por 4 semanas: \$600.00

☐ Semana 1: [23 al 27 de junio]

☐ Semana 2: [30 de junio al 4 de julio]

☐ Semana 3: [7 al 11 de julio]

☐ Programa completo de verano

Talla de camiseta (incluida con la inscripción):

☐ Infantil S ☐ Infantil M ☐ Infantil L - ☐ Adulto S ☐ Adulto M ☐ Adulto L ☐ Adulto XL

Consentimiento y Autorización

- Doy permiso para que mi hijo/a asista y participe en el Campamento de Verano Corpus Christi 2025.
- Autorizo tratamiento médico de emergencia para mi hijo/a si es necesario.
- Doy mi consentimiento para que se utilicen fotos/videos de mi hijo/a en materiales promocionales del campamento.

☐ Sí ☐ No

Firma del padre/madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Program Director Authorization: _____

Coordinator of Youth Ministry Approval: _____



CORPUS CHRISTI SUMMER CAMP

ENGLISH - REGISTRATION FORM - 2025

62 Santa Rosa, Ave San Francisco, CA 94112.



Camper personal and family Information

Full Camper's Name: _____
Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Age at Camp: _____
Gender: ☐ Male ☐ Female Grade in July: _____ School Attending: _____
Is the Camper: Returning Camper from 2024 _____ Sibling of a returning Camper _____ New Camper _____
Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
State Country: _____
Mother's name: _____ Father's name: _____
Phone Number(s): _____ Email Address: _____

Emergency Contact (if different from parent/guardian)

Name of guardian: _____
Relationship to Camper: _____ Day Phone Number: _____
Name of the person who will pick up the children: _____
May we contact either parent/guardian regarding payment: Yes _____ No _____
How did you hear about Camp Corpus Christi? Friend _____ Website _____ Print _____ Church _____ Other _____

Medical Information

Does your child have any allergies? ☐ Yes ☐ No - If yes, please list: _____
Does your child have any medical conditions or take medications? ☐ Yes ☐ No
If yes, please describe: _____
Health Insurance Provider: _____ Policy Number: _____

Camp Options (Select all that apply and Registration fee)

One-time Registration Fee per child: \$25.00 (non-refundable) \$150 per week. Total payment is \$600.00 (4 weeks)

- ☐ Week 1: [June 23rd to 27th]
☐ Week 2: [June 30th to July 4th]
☐ Week 3: [July 7th to 11th]
☐ Full Summer Program

T-Shirt Size (Included with registration)

☐ Youth S ☐ Youth M ☐ Youth L or ☐ Adult S ☐ Adult M ☐ Adult L ☐ Adult XL

Consent and Authorization

- I give permission for my child to attend and participate in Corpus Christi Summer Camp 2025.
 - I authorize emergency medical treatment for my child if necessary.
 - I give consent for photos/videos of my child to be used in camp promotional materials.
- ☐ Yes ☐ No

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Program Director Authorization: _____
Coordinator of Youth Ministry Approve: _____

