

Application Form

Solicitud de Inscripción

Fill out this form together with the Medica Release form. Mail the application along with a non-refundable deposit of \$500 to:

Llene esta forma y el relevo de responsabilidad médica juncon con un depósito no reembolsable de \$500 a la siguiente dirección:

Leadership Summer Camp
Residencia Universitaria Puertorreal
Urb. Santa Rita Calle Margarita 51
San Juan, Puerto Rico 00925

Upon receipt of your application, you will receive an acceptance letter, in addition to other detailed information about the camp: departure and arrival information, check-lists, address of the camp, etc. Applicants may be contacted by out staff for an interview prior to acceptance.

To Travel to Canada you need a valid passport.

Una vez recibida su solicitud, les será enviada una carta de aceptación junto con información detallada del campamento: itinerario de vuelos, listas de cotejo, dirección del campamento, etc. Los solicitantes podrían ser llamados por el "staff" para participar en una entrevista previa a la aceptación.

Para el viaje a Candá se requiere pasaporte vigente.

Name _____

Nombre

Address _____

Dirección

Phone _____ Date of Birth _____

Teléfono

Fecha de Nacimiento

School _____

Escuela

Father's Name _____

Nombre del Padre

Favorite Sports _____

Deportes Favoritos

Adult T-Shirt Size: (S) (M) (L) (XL) _____

T-Shirt (Tamaño de adultos)

E-mail Address _____

Correo Electrónico

Entering Grade _____ GPA _____

Grado que cursará

Promedio

Mother's Name _____

Nombre de la Madre

Additional Comments _____

Comentarios Adicionales

Medical Release

Relevo de Responsabilidad Médica

I, _____, (Father, Mother, Guardian) of the boy named on the camp application form, hereby delegate authority to the Directors of the LEADERSHIP SUMMER CAMP to arrange whatever medical treatment they deem necessary for him during his stay at the camp.

Yo, _____, (Padre, Madre, Encargado) del niño cuyo nombre aparece en la solicitud de inscripción, delego la autoridad a los Directores del CAMPAMENTO VERANIEGO DE LIDERAZGO de coordinar cualquier tratamiento médico para él durante su estadía en el campamento.

Signature _____ Work Phone _____

Firma

Teléfono del Trabajo

Date of last tetanus shots _____ Allergic to _____

Fecha de la última vacuna contra el Tétano

Alérgico a

Insurance Data _____

Información de Seguro (s)

Additional Health Information _____

Información de salud adicional

Date _____

Fecha