

# INSCRIPCIÓN FORMULARIO



## CAMPAMENTOS DEPORTIVOS DE VERANO SULLY

### Información de inscripción del participante

**Nombre** : Apellido \_\_\_\_\_ 1er. nombre \_\_\_\_\_ Preferido \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento** : \_\_\_\_\_ **Grado actual:** : \_\_\_\_\_ **Género** : \_\_\_\_\_  
**Dirección** : Calle \_\_\_\_\_ Apto./Unidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
**Idioma principal** : \_\_\_\_\_ **Escuela** (asistiendo actualmente) : \_\_\_\_\_

¿Tiene el participante una cuenta NCS RecDynamics?  Sí  No En caso afirmativo, indique el número de cuenta (si lo conoce):

### Información demográfica del participante

**Raza:** :  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_  Declino responder

**Etnicidad** :  Origen hispano, latino o español  No es de origen hispano, latino o español  
 Otro: \_\_\_\_\_  Declino responder

**Capacidad** : ¿Se identifica el participante como una persona con una discapacidad?  Sí (por favor, especifique):  
\_\_\_\_\_  Sí, prefiero no especificar  No  Prefiero no responder

### Información de salud del participante

Prescripciones y medicación en curso, afecciones físicas o médicas crónicas, información pertinente sobre el desarrollo, instrucciones para cuidados especiales, y/o cualquier adaptación especial necesaria:

Sugerencias sobre cómo podemos ayudar a los participantes para que tengan buenos resultados en los programas de NCS:

¿Tiene el participante un Programa Educativo Individualizado (IEP) en su escuela?  Sí  No

**Reacciones alérgicas**  Picaduras de abejas  Picaduras de insectos  Comida  Medicamento  Otro: \_\_\_\_\_  
(marque todas las que correspondan):

**El participante necesita medicación\*** (incluido EpiPen y/o inhalador):  Sí  No *\* En caso afirmativo, consulte con el director del Centro/encargado del Programa para obtener formularios de autorización adicionales.*



### Información sobre el padre, la madre o cuidador(a)

**Nombre** : Apellido \_\_\_\_\_ 1er. nombre \_\_\_\_\_ Inicial 2do. nombre \_\_\_\_\_

**Dirección** : Calle \_\_\_\_\_ Apto./Unidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Información de contacto** : Nro. de teléfono principal \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono alternativo \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Vive con el participante?  Sí  No

**Idioma principal** : \_\_\_\_\_ **Relación** : \_\_\_\_\_

### Información sobre otro/a padre, madre o cuidador(a)

**Nombre** : Apellido \_\_\_\_\_ 1er. nombre \_\_\_\_\_ Inicial 2do. nombre \_\_\_\_\_

**Dirección** : Calle \_\_\_\_\_ Apto./Unidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Información de contacto** : Nro. de teléfono principal \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono alternativo \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Vive con el participante?  Sí  No

**Idioma principal** : \_\_\_\_\_ **Relación** : \_\_\_\_\_

### Transporte

Se proporcionará asistencia en materia de transporte. El autobús de NCS recogerá y dejará a los participantes **únicamente** en las siguientes paradas: Escuela Primaria Coates, Escuela Primaria McNair, Centro de Recursos de Herndon, Meadows of Chantilly, Biblioteca Centerville e Iglesia Bautista Ox Hill.

¿Necesita transporte?  Sí  No Parada más cercana a su domicilio: \_\_\_\_\_

### Información del contacto en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Tratamiento de emergencia** : El personal de NCS tiene autorización, en caso de emergencia, y a mis expensas, para: (1) utilizar el vehículo del escuadrón de rescate o ambulancia más conveniente para transportarnos a mí y/o a mi hijo/a al hospital más cercano; y (2) comunicarse con la(s) persona(s) indicada(s) como contacto(s) de emergencia.  Sí  No

### Comidas y snacks

Se dará almuerzo y refrigerios a los campistas. Sin embargo, los campistas pueden optar por no participar del programa de almuerzo gratuito y llevar su propia comida. Hay opciones vegetarianas disponibles a pedido.



Seleccione hasta tres campamentos. Se aplicarán tarifas asociadas con cada inscripción al campamento.

Cheque	Semana	Fecha	Selección de campamentos • Verano 2025	Días/Horarios
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 1</b>	16 al 20 de junio de 2025	<b>Aros y más: Campamento de baloncesto y tenis (6-12 años)</b>	Lunes, martes, miércoles y viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 2</b>	23 al 27 de junio de 2025	<b>Aros y más: Campamento de baloncesto y tenis (6-12 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 3</b>	30 de junio al 3 de julio de 2025	<b>Aros y más: Campamento de baloncesto y tenis (6-12 años)</b>	Lunes a jueves: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 4</b>	7 al 11 de julio de 2025	<b>Campamento de gimnasia y danza (5 y medio – 11 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 5</b>	14 al 18 de julio de 2025	<b>Campamento de fútbol en Baroody (6-12 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 6</b>	21 al 25 de julio de 2025	<b>Juegos deportivos y educación física en Baroody (5-12 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 7</b>	28 de julio al 1º de agosto de 2025	<b>¡En mi época! Campamento de danza (6-12 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 8</b>	4 al 8 de agosto de 2025	<b>Aros y más: Campamento de baloncesto y tenis (6-12 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.
<input type="checkbox"/>	<b>Semana 9</b>	11 al 15 de agosto de 2025	<b>Campamento de Obstáculos Ninja y Acrobacias (5 y medio – 11 años)</b>	Lunes a viernes: 9 a. m. – 4 p. m.

NCS ha establecido una escala móvil de tarifas basada en el nivel de ingresos anuales totales de la familia.

Indique en que rango de ingresos anuales ajustados se encuentra su familia y marque la casilla de la izquierda que corresponda.

Cheque	Ingreso	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9
<input type="checkbox"/>	\$140,400 y más	\$279	\$315	\$255	\$349	\$309	\$309	\$349	\$315	\$349
<input type="checkbox"/>	\$124,800 – \$140,399	\$233	\$264	\$213	\$292	\$258	\$258	\$292	\$264	\$292
<input type="checkbox"/>	\$109,200 – \$124,799	\$188	\$212	\$172	\$235	\$208	\$208	\$235	\$212	\$235
<input type="checkbox"/>	\$93,600 – \$109,199	\$142	\$161	\$130	\$178	\$157	\$157	\$178	\$161	\$178
<input type="checkbox"/>	\$81,020 – \$93,599	\$97	\$109	\$88	\$121	\$107	\$107	\$121	\$109	\$121
<input type="checkbox"/>	\$69,370 – \$81,019	\$51	\$58	\$47	\$64	\$56	\$56	\$64	\$58	\$64
<input type="checkbox"/>	\$57,720 – \$69,369	\$30	\$34	\$28	\$38	\$34	\$34	\$38	\$34	\$38
<input type="checkbox"/>	\$57,719 y menos	\$10	\$11	\$9	\$12	\$11	\$11	\$12	\$11	\$12

**Para garantizar la admisión, los pagos deberán recibirse antes del lunes 2 de junio de 2025.**

**Pago:** Se acepta el pago en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Todos los pagos deben hacerse en persona en el Centro Comunitario Sully. Haga los cheques y giros postales a nombre de NCS. Se aceptan tarjetas Visa y Mastercard. Se cobrará un recargo de \$50 por la tramitación de cualquier cheque devuelto.

Para solicitar una rebaja de la tarifa, póngase en contacto con el director o el subdirector del centro en el que vaya a inscribir a su hijo/a. Formularios de comprobación de ingresos aceptables: Medicaid, verificación del programa de Almuerzo Gratuito de FCPS, SNAP, TANF, WIC, Head Start, FAMIS (plan de acceso familiar al seguro médico).

**Cancelaciones:** No hay reembolsos por días perdidos debido a cambios en los horarios de trabajo o vacaciones, días de enfermedad u otras razones que no sean de emergencia. Los reembolsos\* y transferencias deben solicitarse al menos 14 días antes de la sesión del campamento para la que se solicita el reembolso/transferencia.

\*Los reembolsos sólo se conceden si el niño tiene una urgencia médica y se presenta una verificación escrita del médico ANTES de que termine el campamento. Si se produce una emergencia médica durante el campamento, se necesitará la verificación escrita de un médico en un plazo de 24 horas. No se atenderán las solicitudes recibidas una vez iniciada la sesión del campamento.



## Acuerdos de participación en programas de los centros de NCS

**Medios de comunicación:** Autorizo a que mi hijo/a sea fotografiado/a, grabado/a en video o citado/a por representantes del Gobierno del Condado de Fairfax, o por los medios de comunicación, mientras participa en las actividades de un programa de NCS. Estas imágenes, videos o menciones podrán incluirse en materiales impresos, electrónicos, de Internet, de radiodifusión o en redes sociales del condado. El nombre, las fotos, los videos y las citas de mi hijo/a podrán ser utilizados total o parcialmente, y podrán ser editados, reproducidos, duplicados, distribuidos o formar parte de una producción con fines informativos o promocionales. Las fotos/videos del Condado son propiedad del Gobierno del Condado de Fairfax sin compensación para mí, y pueden estar sujetas a la Ley de Libertad de Información de Virginia.  Sí  No

**Plataformas de video :** Autorizo que mi hijo(a) participe en programas virtuales en plataformas de videoconferencias.  Sí  No

**Exención de responsabilidad general:** En consideración a los servicios que se prestarán en relación con los programas de NCS, yo, por mí mismo/a y por el/los niño(s) o adulto(s) de quien(es) soy padre, madre, tutor(a) legal o persona responsable de su cuidado, asumo plenamente todos los riesgos asociados con mi participación, así como la de mi(s) niño/a(s) o adulto(s) en los programas de NCS, incluidos todos y cada uno de los riesgos de lesiones o enfermedades. Por lo tanto, acepto por la presente eximir, liberar, defender, indemnizar y mantener indemne al Condado de Fairfax, y a sus empleados actuales y anteriores, servidores, agentes, directores, miembros de la Junta, departamentos, agencias, cesionarios y aseguradores, o a todos ellos, de toda responsabilidad, daños y acciones interpuestas por mí, por o en nombre de mi(s) hijo/a(s), y/o por o en nombre del adulto del que soy cuidador(a), en relación con su participación en los programas de NCS.

**Compartir información:** Doy autorización a NCS para solicitar y compartir información con otras agencias del Condado de Fairfax, incluidas las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax. Esta información se utilizaría para proporcionar un entorno de apoyo en el que yo/mi hijo/a pueda ser mejor atendido/a.

**FOIA/Registro público:** Tomo conocimiento de que la información de inscripción de los jóvenes proporcionada a NCS es un registro público y, como tal, puede ser divulgada en virtud de la Ley de Libertad de Información de Virginia (VFOIA), a menos que el padre/madre/tutor(a) solicite específicamente que esta información no sea divulgada.

**FOIA/Divulgación de información de contacto:** Entiendo que al proporcionar mi dirección de correo electrónico, por la presente acepto recibir comunicaciones electrónicas del Condado de Fairfax. Entiendo que mi información de contacto está protegida de la divulgación en virtud de la Ley de Libertad de Información de Virginia (VFOIA) y no será compartida. Si quisiera que mis datos de contacto se divulgaran en respuesta a una solicitud de FOIA, lo notificaré al responsable del programa en mi centro.

**Código de Conducta:** Entiendo que a los usuarios del centro, en cualquier circunstancia, que no respeten el Código de Conducta, se les puede solicitar que participen en un proceso de justicia restaurativa. Este proceso se basa en las políticas del centro y en las necesidades de los participantes/miembros, independientemente de sus ingresos, edad, sexo, etnia o raza, y de su capacidad física o mental, conducta o estilo de vida. Se hará todo lo posible para garantizar que otros usuarios del centro involucrados puedan participar en igualdad de condiciones en este proceso.

*He leído y comprendo los acuerdos de participación anteriores y, mediante mi firma o escribiendo mi nombre completo, acepto sus términos.*

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**El formulario debe estar totalmente completado y firmado. Una vez terminado, envíelo al Centro Comunitario Sully.**

