

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE NIÑOS

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas a recoger a mi hijo(a), _____, en el *Inter Aguadilla Summer Camp* de la Universidad Interamericana de PR, Recinto de Aguadilla.

Nombre de la persona autorizada	Parentesco (relación con el niño)	Número de teléfono
		()
		()
		()

Las siguientes personas no están autorizadas a recoger a mi hijo(a) por las razones expresadas a continuación:

Nombre de la persona NO autorizada a recoger a mi hijo(a)	Razón Justificada (con evidencia)

NO SE ENTREGARÁ EL NIÑO(A) A NINGUNA PERSONA QUE NO ESTÉ REGISTRADA EN ESTE FORMULARIO

Certifico que la información provista es correcta.

 Firma del padre, madre o encargado

 Fecha

***** EL PAGO DE MATRÍCULA NO ES REEMBOLSABLE *****



Aguadilla Summer Camp

**Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Aguadilla
Programa de Educación Continua**

Nombre de los hermanos(as) del participante que estén matriculados en el Campamento.

Nombre	Edad	Grado

¿El niño(a) sabe nadar? () Sí () No Nivel: () Básico () Intermedio () Avanzado

CONDICIONES DE SALUD DEL NIÑO(A)

IMPORTANTE: Los servicios le serán suspendidos, sin opción de reembolso, si se observa una conducta de riesgo en algún niño debido a una condición que no ha sido informada por el padre/madre o encargado.

Condición (enfermedades, alergias, hipoglicemia, asma, etc.)	Tratamiento	Nombre y teléfonos de médicos que atiendan la condición de su hijo(a)

¿Está tomando algún medicamento? () Sí () No ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? () Sí () No ¿Cuál? _____

Comentarios adicionales:



Aguadilla Summer Camp

**Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Aguadilla
Programa de Educación Continua**

Yo, _____ (padre, madre o encargado)
autorizo a mi hijo(a) _____ a participar de las
actividades programadas del *Inter Aguadilla Summer Camp* de la Universidad Interamericana
de PR, Recinto de Aguadilla.

También autorizo a la auxiliar de enfermería para que en caso de accidente, mientras
esté bajo su tutela, someta a mi hijo(a) a los servicios médicos de emergencia que fueran
pertinentes y de ser necesario, transportarlo al hospital más cercano.

Firma del padre, madre o encargado

Fecha