



Dónde:
Cuándo:
Notas:

INFORMACIÓN DEL NIÑO (*obligatorio)

Nombre* Apellido* Fecha de nacimiento* Talla de camiseta*

Género* Origen étnico* Grado escolar en otoño 2024* Escuela en otoño 2024*

Transporte alternativo Nombre, parentesco, teléfono

[Form input for alternative transport]

¿Su hijo/hija necesita autoinyector de epinefrina?*

Si No

Alergias, medicamentos recetados, adaptaciones especiales

Para las necesidades de cualquier niño que NO sean autogestionadas, llame al 800-968-4332 con un mínimo de 8 semanas antes de la fecha de inicio; ver <https://www.invent.org/terms-and-conditions>

Autorización para el uso de fotografías*

Ver <https://www.invent.org/terms-and-conditions>

Si No

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

Nombre* Apellido* Teléfono* Correo electrónico*

Domicilio* No se aceptan apartados de correos Ciudad* Estado* Código postal*

PAGO N/A ya se pagó

Table with 2 columns: Description, Amount. Rows include: Precio del programa, Donación Ayude a enviar niños desatendidos al campamento, Día Prolongado \$100 si está disponible, Seguro de Cancelación \$30, Voucher/Código Promocional & Cantidad Si corresponde, Monto total del pago incluido.

Número de tarjeta de crédito No Am Express* Fecha de expiración*

Número de cheque* Número de licencia* Número de ruta* Número de cuenta*

CONFIRMACIÓN

Al inscribir a su hijo/hija y al firmar su nombre abajo, usted certifica que ha recibido, leído y aceptado los Términos y Condiciones del programa (que queda incorporados aquí por referencia), que se pueden encontrar en <https://www.invent.org/terms-and-conditions> o comunicándose con nosotros al 800-968-4332.

Firma(s) de los Padres/Tutores Legales*

[Form input for signature]

Fecha*

[Form input for date]