



**BRIDGEPORT INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
REGISTRATION FORM & ACCIDENT WAIVER
2019 STEM Summer Camp**

June 10-13

Cost \$50 (includes 4 days of fun) Money and form need to be turned into your child's campus

Students entering 6th through 8th grade

Students entering 1st through 5th Grade

Time: 9:00am-12:00pm

Time: 1:00pm-4:00pm

Location: Bridgeport High School

****Free lunch will be served at BHS at 12:00pm*****

Participant's Name: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Entering Grade: _____

Parent / Guardian: _____

Address: _____

Home Phone Number: _____ Work Phone: _____

Cell Phone Number: _____ Email Address: _____

Emergency Contact: _____

Emergency Phone Number (not listed above): _____

The undersigned takes full responsibility and gives permission for the participant's involvement in the 2019 BISD STEM Camp.

Parent / Guardian: _____ Date: _____

Signature

Participant's Physician: _____ Phone: _____

Please list any medical or dietary concerns: _____

Please list names of individuals that are authorized to pick up your child from camp:

ACCIDENT WAIVER

In the event of a medical emergency, 911 will be called or your child will be taken directly to the nearest hospital and you will be contacted as soon as possible. Please sign below to verify that you are aware of this procedure.

Parent / Guardian Signature: _____



DISTRITO ESCOLAR DE BRIDGEPORT
FORMA DE REGISTRACIÓN Y FORMA DE EXENCIÓN
CAMPAMENTO DE VERANO 2019 STEM

junio 10-13

Costo \$50 (incluye 4 días de diversion) El dinero y la forma deben ser entregados en el campus de su hijo

Estudiantes que entran del 6to al 8vo grado

Estudiantes que entran del 1ro al 5to grado

Horario: 9:00am-12:00pm

Horario: 1:00pm-4:00pm

Lugar: Bridgeport High School

****Comida gratis en la escuela BHS a las 12:00pm*****

Nombre del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado que va a entrar: _____

Nombre de Padre o Guardián: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número del trabajo: _____

Número de celular: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____

Contacto de Emergencia (diferente del de arriba): _____

La persona que firma este documento resume responsabilidad y da permiso para que el estudiante participe en el programa de 2019 BISD STEM Camp.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

firma

Nombre del Doctor del estudiante: _____ Número de teléfono: _____

Favor de indicar alguna dieta especifica o problemas médicos: _____

Favor de nombrar las personas que usted autoriza que recojan a su estudiante después del campamento:

Exención de Accidente

En caso de algún evento médico, llamaremos al 911 o llevaremos al estudiante al hospital más cercano, le haremos saber lo más pronto posible en caso que esto sucede. Favor de firmar como verificación de que usted está consciente de este proceso.

Firma de Padre o Guardian: _____