

4-H Información del participante/Formulario de inscripción (CAMPAMENTO NO RESIDENCIAL)

Nota: El formulario debe ser completado por el participante y/o padre o tutor para poder participar en el programa 4-H. **Todos los puntos se deben completar, incluso si la respuesta no es aplicable - indíquelo utilizando N/A (es decir, no tiene seguro médico).** Si no completa este formulario en su totalidad, la persona no podrá participar en las actividades del programa 4-H. Por favor, escriba en letra de molde con tinta azul o negra para poder fotocopiarlo.

Nombre: _____ Condado/Área: _____
 Nombre preferido: _____ Nombre de la escuela: _____
 Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Grado: _____
 Teléfono 4-Her: _____ Año 4-H: _____ Género: Femenino Masculino
 Correo electrónico 4-Her: _____
 Residencia:
 Granja Pueblo < 10,000 o Granja no rural Pueblo/Ciudad/Suburbio 10,000-50,000 Ciudad/Suburbio > 50,000
 Ciudad – Central >50,000
 Raza (elijá más de una opción si corresponde): Indio americano Asiático Negro Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
 Blanco Prefiero no decirlo No enlistado: _____
 Etnicidad: Hispano No hispano Talla de playera: _____

Progenitor/Tutor 1: _____ Núm. Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ ¿Contacto de emergencia? Sí No
 Progenitor/Tutor 2: _____ Núm. Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ ¿Contacto de emergencia? Sí No

¿Algún miembro de su familia es o ha sido miembro de las Fuerzas Armadas o de la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Sí No

Historia clínica

¿El participante padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Marque "Sí" o "No" a cada elemento. Por favor, explique cualquier respuesta " sí " (anotando el número del elemento) en el espacio de abajo o en una hoja adicional si es necesario. El hecho de informar sobre las enfermedades no impedirá que la persona asista y se mantendrá confidencial.

- | | Sí | No |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Convulsiones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Infección de oído..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Desmayos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Cardiopatías | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Cefaleas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Hipoglucemia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Alergia grave a insectos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Alergia grave a nueces..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Alergia grave al gluten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Alergia grave a los lácteos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Usa gafas/lentes de contacto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Otras enfermedades..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Otras alergias (explique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explique cualquier respuesta afirmativa, incluidos los medicamentos que toma para cualquier enfermedad:

Explique cualquier restricción (dietética, física, etc.):

Información sobre salud social, emocional y/o conductual:

Pueden administrarle a mi hijo los siguientes medicamentos sin receta sin ponerse en contacto conmigo:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antihistamínico en píldora | <input type="checkbox"/> Antiácido | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno (Advil) | <input type="checkbox"/> Hidrocortisona en crema |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol (Tylenol) | <input type="checkbox"/> Descongestionante | <input type="checkbox"/> Dramamine | <input type="checkbox"/> Polysporin (antibiótico tópico) |

Tratamiento médico

Toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Esta persona tiene permiso para participar en todos los eventos y actividades. Por la presente doy permiso a la persona designada para el evento para que proporcione atención médica rutinaria, administre medicamentos recetados y de venta libre según lo indicado y busque tratamiento médico de emergencia si se justifica. Estoy de acuerdo con la divulgación de todos los registros necesarios para el tratamiento médico, la facturación o el seguro. En caso de que no se me pueda localizar ante una emergencia, doy permiso al médico tratante para que asegure y administre el tratamiento, incluida la hospitalización.

FIRMA DEL PROGENITOR/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Autorización de publicidad

Por la presente concedo al programa 4-H, a la Universidad de Kentucky y a sus agentes, el derecho a utilizar, reproducir, ceder y/o distribuir fotografías y grabaciones de video y sonido más o de mi hijo menor de edad sin compensación para su uso en promoción, publicidad, publicaciones educativas o contenido en línea.

FIRMA DEL PROGENITOR/TUTOR: _____ **NO, no doy mi permiso**

4-H Desarrollo de la Juventud

FORMULARIO DE CÓDIGO DE CONDUCTA

(CAMPAMENTO NO RESIDENCIAL)

Todos los miembros de 4-H y los familiares/amigos asociados con los miembros de 4-H deben respetar los derechos individuales, la seguridad y la propiedad de los demás y adherirse a este Código de Conducta. A un miembro del programa 4-H se le puede prohibir participar en un evento/programa específico si la participación del individuo representa un peligro para el mismo y/o para los demás. Las siguientes directrices están diseñadas para que todos los eventos 4-H sean seguros, significativos y satisfactorios para los jóvenes y los demás asistentes.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE 4-H

Marque a continuación los clubes que le interesan. El boletín 4-H incluirá las fechas de las reuniones y actividades de los clubes. También enviaremos información sobre los clubes/actividades a aquellos que indiquen interés una vez que estén listos para comenzar. Una vez que haya devuelto este formulario de inscripción podrá empezar a asistir a las reuniones. La edad de 4-H es de 9 a 18 años a partir del 1 de enero de 2024 y los Clover Buds son para edades de 5 a 8 años a partir del 1 de enero de 2024

MIENTRAS ASISTE A TODAS LAS REUNIONES, PROYECTOS, PROGRAMAS, ACTIVIDADES Y EVENTOS DE 4-H:

1. Se espera que todos los participantes del programa 4-H asistan a todas las sesiones, talleres, excursiones y reuniones previstas del evento, y que lleven un atuendo apropiado. Los códigos de vestimenta serán específicos de cada evento. Los acompañantes y/o voluntarios de la delegación son responsables de garantizar que los miembros participen en todos los aspectos de las actividades previstas del programa.
2. Están prohibidas la posesión y el uso de bebidas alcohólicas, productos del tabaco, vaporizadores y/o dispositivos, y/o drogas (excepto los medicamentos recetados al participante por un médico autorizado). Los acompañantes y/o voluntarios de la delegación limitarán el uso de productos de tabaco a las zonas designadas.
3. Se prohíbe la posesión de armas de fuego que no sean para uso educativo.
4. Se prohíbe apagar las alarmas contra incendios y manipular los extintores de incendios y otros equipos de emergencia.
5. Se prohíben los juegos de azar de cualquier tipo.
6. Se demostrará respeto hacia los demás y hacia las instalaciones. No se tolerará la intimidación, el acoso a los demás ni la destrucción de la propiedad. La intimidación y el acoso pueden incluir el uso de las redes sociales.
7. Se prohíbe en todo momento el lenguaje obsceno, discriminatorio y/o inapropiado, las groserías y la insubordinación.
8. Se prohíbe mostrar una atención excesivamente afectuosa o inapropiada entre los participantes. prohibida.
9. Los equipos tecnológicos (incluidos, entre otros, teléfonos celulares, laptops o reproductores de mp3) no deberán interferir con el programa y pueden no estar permitidos en determinadas situaciones.
10. Toda deberá estar ordenada, limpia y aceptable en cuanto a su reparación y apariencia y deberá llevarse dentro de los límites de la decencia y el buen gusto apropiados para los eventos de 4-H. Están prohibidas las prendas que muestren blasfemias, productos o lemas que promuevan el consumo de tabaco, alcohol, drogas, sexo o que distraigan de cualquier otra forma. Cada condado puede adoptar directrices adicionales para el Código de Conducta.

MIENTRAS ASISTE A CONFERENCIAS, CAMPAMENTOS Y EVENTOS NOCTURNOS, TAMBIÉN SE APLICARÁ LO SIGUIENTE:

1. Todos los participantes deben estar en su zona asignada al llegar el toque de queda y cumplir las horas de silencio, apagado de luces y demás normas del evento.
2. Ningún miembro o voluntario podrá abandonar las instalaciones sin el permiso del director de la conferencia o del adulto encargado. Un adulto deberá acompañar a un miembro 4-H cada vez que abandone las instalaciones. Los adultos deberán avisar a otro adulto de la delegación antes de salir de las instalaciones.
3. En los eventos en los que se pernocte, sólo los participantes en la conferencia podrán estar en las zonas para dormir. Los salones o zonas comunes sólo podrán utilizarse para las comisiones de trabajo y las actividades sociales.
4. No se permitirá el servicio de habitaciones, como llamadas telefónicas, comida, lavandería u otros, sin el permiso de los acompañantes.

Cualquier violación de este Código de Conducta deberá ser comunicada de inmediato al adulto a cargo de la delegación/programa y a la persona a cargo del evento. La persona a cargo del evento tendrá la responsabilidad final de adoptar medidas disciplinarias. El incumplimiento del Código de Conducta por parte de los participantes de 4-H y familiares/amigos asociados con el participante de 4-H puede resultar en una sanción que incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

- Enviado a casa desde la actividad o evento por su propia cuenta
- Impedido de participar en futuros eventos 4-H
- Imputado el costo de los daños por destrucción de la propiedad

Yo, _____ he leído el Código de Conducta y acepto acatar sus normas. Al firmar este documento, reconozco que la infracción de este Código de Conducta dará lugar a alguna o a todas las sanciones enumeradas anteriormente.

Miembro/Voluntario

Condado:

Progenitor/Tutor

Fecha:

Cooperative Extension Service

Cooperative Extension Service
Agriculture and Natural Resources
Family and Consumer Sciences
4-H Youth Development
Community and Economic Development

MARTIN – GATTON COLLEGE OF AGRICULTURE, FOOD AND ENVIRONMENT

Los programas educativos de Kentucky Cooperative Extension están al servicio de todas las personas independientemente de su estatus económico o social y no discriminarán por motivos de raza, color, origen étnico, origen nacional, credo, religión, creencias políticas, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, embarazo, estado civil, información genética, edad, condición de veterano, discapacidad física o mental o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles. Es posible que se realicen adaptaciones razonables en caso de discapacidad previo aviso. La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Cooperan la Universidad de Kentucky, la Universidad Estatal de Kentucky, el Departamento de Agricultura de EE.UU. y los condados de Kentucky.



Adaptaciones para discapacitados previo aviso.