St. John Vianney Summer Day Camp 2024
Emergency Information
(One form per Child)

PLEASE PRINT

Camper's Name: _____ Age: _____

Primary Physician: _____ Physician Ph. #: _____

Hospital Preference: _____

Primary Dentist: _____ Dentist Ph. #: _____

Particular Health Problems/ Problemas particulares de salud:

_____

_____

Medications taken regularly/ Medicamentos tomados regularmente:

_____

_____

Medication, food, etc to which the child is allergic/ Medicamentos, alimentos, etc. a los cuales el niño es alérgico:

_____

_____

Should this information change during the camp season, please notify the Camp Director.
Si esta información cambia durante la temporada de campamento,
por favor notifique al Director del Campamento.

In case of an accident or serious illness, I request that the camp contact me. If the camp is unable to contact me, I hereby authorize the camp to call the physician/dentist indicated on this form. If it is impossible to contact this physician/dentist, the camp may make whatever necessary arrangements.

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que el campamento me contacte. Si el campamento no puede ponerse en contacto conmigo, por la presente autorizo al campamento a llamar al médico / dentista indicado en este formulario. Si es imposible contactar a este médico / dentista, el campamento puede tomar las medidas necesarias.

St. John Vianney Parish/School, St John Vianney Summer Day Camp and the Congregation of Holy Cross do not assure any financial obligation. By signing this document you are giving us authority to provide the best service possible in an emergency.

La parroquia / escuela St. John Vianney, el campamento de verano de San Juan Vianney y la Congregación de Santa Cruz no garantizan ninguna obligación financiera. Al firmar este documento, nos está dando la autoridad para proporcionar el mejor servicio posible en una emergencia.

Parent/Legal Guardian's Name: _____

Print ***Signature*** ***Date***