

**KÜLFÖLDI MAGYAR CSERKÉSZSZÖVETSÉG**

**HUNGARIAN SCOUT ASSOCIATION IN EXTERIS • ASOCIACIÓN SCOUT HÚNGARA EN EL EXTERIOR • UNGARISHER AUSLANDSPFADFINDERBUND**

**Jelentkezési lap**

A 2012. Auguszus 24 és 26 közötti Portlandi Cserkésztáborra

**Kép**

**helye**

**Táborozó Név:**

**Házszám: Utca:** **Apt:**

**Város: Irányitószám:**

**Email cím (Táborozó):**  \_\_\_\_ **Email cím (szülők):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonszám: ( )**  **Születési dátum (honap/nap/év):** / /

**Magyarbeszéd szintje (tegyél X-et a skálán)\*:**

10--------------9--------------8--------------7--------------6--------------5--------------4--------------3--------------2--------------1

**Beszél és Ért beszédet Ért, keveset beszél Keveset ért, nem beszél**

\* Táborozó muszály megértsen legalább egyszrübb utasitásokat Magyarul; minden Magyarul lessz levezetve.

**Voltál már táborozni?** Igen/Nem **Volt-e a táborozó szülőknélküli többnapos táboron:** Igen/Nem

**Szülő szeretne táborozni közeli táborban:** Igen/Nem **Érdekel más családdal carpool:** Igen/Nem

**Foglald össze röviden mit vársz a tábortol (szülő is kitöltheti ha túl fiatal a táborozó)**

Alulírott beleegyezem, hogy gyermekem, , a 2012. Augusztus 24-26.között megtartandó Portlandi cserkésztáboron részt vegyen. Megbízom és felhatalmazom a Külföldi Magyar Cserkészszövetség által kijelölt vezetőket, hogy a tábor teljes időtartalma alatt engem teljes mértékben helyettesítsenek, és ilyen minőségben, az elvárható gondossággal megtett intézkedéseiket elfogadom.

*(A csatolt egészségügyi ûrlapot szíveskedjék kitölteni és visszaküldeni.)*

**Dátum**

Táborrendező

Tóth Ildikó

2057 NW Johnson St.

Portland, OR 97209

ildiko@ildikototh.com

(703) 597-8004

**Táborozó Aláírás**

**Szülő Aláírás**

# Egyéb Adat

**Jelentkezési határidő: Junius 15.**

**Tábori Díj**

Ahhoz, hogy müködőképes legyen a tábor, tábor díjat a következőre szabtuk:

Első gyermek: $80

Második gyerek: $70

Harmadik+ gyerek: $60

Fejenként $50 fizetendő **Junius 15-re**; **A többit kérjük helyben tábor kezdete elött**. Pld: 3 gyermek esetén $150-et kérünk Junius 15-én, maradék $60-at Augusztus 24-én mikor megérkeztek. Fizetési modszer: kizárolag csekket fogadunk el. Küldeni lehet erre a címre: 2057 NW Johnson St. Portland, OR 97209, vagy kézbe lehet adni táborrendezőnek (Tóth Ildikó). Csekkeket „Ildikó Tóth” névre, és Memo-ra „Portland Hungarian Scounting”.

Ebben benne van: étkezés, szállás, jelmez anyagok, tábori felszerelés\*, egészségügyi felszerelés.

\*Sátrakat kérjuk hozzanak, ha van 4+ személyes családi sátor, igy nem kell vegyunk külön erre a táborra.

**Szülőknek tábor**

Ha szülő is szeretne táborzoni egy közeli táborhelyen a cserkésztábor közben, Balogh Tünde rendezi, lepjetek kapcsolatba vele: [tundebalogh@yahoo.com](mailto:tundebalogh@yahoo.com)

Kérem ne leselkedjetek, ez megzavarja a gyerekek élményét!

**Egészségügyi oldal**

**Personal Information***All information will be held in strictest confidence*

Sex: Male \_\_ Female \_\_

Height:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Weight:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In case of emergency contact**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Phone: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell/Pager: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OR

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home Phone: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell/Pager: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Health Insurance Information**

Insurance Company: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Health Insurance Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insurance Company Claims Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

State/Province:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Insurance Company Phone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Immunization Record**

*Note: State law requires that this information be accurate and complete with dates of vaccination. Campers can*

*not stay in camp if this information is incomplete!* MM/DD/YY

Tetanus \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_Diphtheria \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_Polio \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_

Varicella \_\_\_/\_\_ \_/\_\_\_\_ Measles \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Mumps \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rubella \_ \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Haemophilus influenza Type B \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Info:** <http://www.cdc.gov/vaccines/parents/record-reqs/immuniz-records-child.html>

**Medical Information**

Doctor’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specialist’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Are you currently being actively treated for anything? Yes/No

If yes, describe the condition(s). Have your doctor list any medications that you are taking on the accompanying form.

List any special instructions that we should know about to ensure your health during camp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergies**

**Do you have any allergies to medications?** Yes/No

Name the medication(s):

**Do you have allergies to**: Yes /No If Yes, name/Type Describe reaction:

Insects Y/N

Animals Y/N

Plants Y/N

Foods Y/N

Other Y/N

**Medical History**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Do you now or have you ever had | Yes | No | Describe details briefly: |
| Infectious diseases (Tuberculosis, HIV, Rheumatic fever, etc.) |  |  |  |
| Infectious diseases (Tuberculosis, HIV, Rheumatic fever, etc.) |  |  |  |
| Heart conditions (angina, heart attack congestive heart failure, etc.) |  |  |  |
| Blood disorders (anemia, clotting problems, bruising, etc.) |  |  |  |
| Breathing Problems (asthma, bronchitis, emphysema, etc.) |  |  |  |
| Nervous system disorders (fainting, seizures, epilepsy, etc.) |  |  |  |
| Mental disorders (depression, schizophrenia, etc.) |  |  |  |
| Kidney disease (urinary tract infections, stones, dialysis,etc.) |  |  |  |
| Digestive problems (ulcers, irritable bowel syndrome, eating disorders,etc.) |  |  |  |
| Hormonal disorders (diabetes, thyroid, etc.) |  |  |  |
| Are you pregnant (females 11 years and older)? |  |  |  |
| Have you been in hospital for anything serious in the last two (2) years? |  |  |  |

**Consent to Medical Treatment**

To the best of my knowledge, I / the above named camper, is in good health and do/does not suffer from any physical, mental, or emotional problems preventing the participation in camp activities. In case of medical emergency, permission is hereby granted

to the camp first aid staff, physician or healthcare facility designated by the Camp Director to secure proper care and treatment, to hospitalize, order injections, anesthesia or surgery for me/the above named camper.

I release the Hungarian Scout Association, its leaders, helpers and associates, as well as its participants and agents from liabilities and damages incurred by me/my child while participating in all the various scouting activities, or from any liability which may result from medical services pursuant to this waiver.

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship to camper: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name( Printed): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date ( MM/DD/YY): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_