




## YMCA CAMP ERNST SUMMER REGISTRATION FORM

CAMPER'S NAME		BOY/GIRL
BIRTHDATE		WHAT WAS YOUR FIRST YEAR AT CAMP ERNST
SCHOOL NAME		 GRADE FALL
CABIN MATE (1 CAMPER'S NAME PER GROUP)		TSHIRT SIZE
STREET ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE
PARENT/GUARDIAN #1	PARENT/GUARDIAN #1 BIRTHDATE	HOME PHONE
E-MAIL ADDRESS		ALT PHONE
PARENT/GUARDIAN #2		HOME PHONE
E-MAIL ADDRESS		ALT PHONE



Grade Fall = Curso en otoño, 1 ESO = 7, 2 ESO = 8, 3 ESO = 9, 4 ESO = 10

ATT Camp Ernst:

Please use Robin Hunsucker, [rhunsucker@livenlearn.com](mailto:rhunsucker@livenlearn.com), 513-519-9786 as primary contact for registration, emergency contact and all matters concerning this camper.

## CAMPER HEALTH FORM AND RELEASE (on second page)



### CAMP ERNST

7615 Camp Ernst Rd  
Burlington, KY 41005  
Office: (859) 586-6181  
Fax: (859) 586-6214  
www.myYcamp.org

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian 1: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian 2: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Additional Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

### HEALTH INFORMATION

Does the participant have any allergies? \_\_\_\_\_ Please explain: \_\_\_\_\_  
Does the participant carry an epi-pen? (If yes, please send Epi-pen with participant) \_\_\_\_\_  
Does the participant have any dietary restrictions? \_\_\_\_\_ Please explain: \_\_\_\_\_  
Please list all current medications: \_\_\_\_\_  
Can the participant take over the counter medications? \_\_\_\_\_  
Will the participant require any treatments while at camp? (please explain) \_\_\_\_\_  
Are all immunizations up to date? \_\_\_\_\_ Date of last tetanus shot: \_\_\_\_\_ Date of Covid Vaccine: \_\_\_\_\_

### MEDICAL HISTORY (CHECK ALL THAT APPLY):

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Counseling	<input type="checkbox"/> Headaches	<input type="checkbox"/> Recent Illness
<input type="checkbox"/> Anxiety	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Hearing Problems	<input type="checkbox"/> Recent Injury
<input type="checkbox"/> Asthma/Inhaler	<input type="checkbox"/> Developmental	<input type="checkbox"/> Homesickness	<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Bedwetting	<input type="checkbox"/> Delays/Diabetes	<input type="checkbox"/> Lice	<input type="checkbox"/> Self Harm
<input type="checkbox"/> Behavioral Issues	<input type="checkbox"/> Eating Disorder	<input type="checkbox"/> Mental Health Issues	<input type="checkbox"/> Sleep Walking
<input type="checkbox"/> Concussion	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Night Terrors	<input type="checkbox"/> Other: _____

Please explain management of the above conditions: \_\_\_\_\_  
Have you ever been hospitalized, had an operation, serious injury, or other medical treatment? (Please explain) \_\_\_\_\_  
Any significant life experience that still affects camper? (Please explain) \_\_\_\_\_  
Have you been exposed to any communicable diseases within the last 3 months? (Please explain) \_\_\_\_\_  
Do you have any restrictions on activity or require special assistance while at camp? (Please explain) \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN AND INSURANCE INFORMATION

Family Doctor: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Family Dentist: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Health Insurance Plan: \_\_\_\_\_ Full name of Policy Holder: \_\_\_\_\_  
Policy or Group Number: \_\_\_\_\_ Employer Name: \_\_\_\_\_

### STATEMENT OF UNDERSTANDING

#### We (parent and camper) understand and agree to the following:

- Campers will not be allowed to leave camp with unauthorized or apparently intoxicated person(s).
- Campers are responsible to participate fully and abide by policies. Failure to do so can result in immediate dismissal without return of fees.
- Suspected cases of child abuse will be reported.

- YMCA staff members are not permitted to have contact with children outside of program unless prior relationship exists.
- Prohibitions include: tobacco products, alcoholic beverages; non-prescription drugs; sexual behavior or harassment; weapons; fireworks; cell phones and electronics; and bullying.
- My child's image/words may be recorded and used in camp promotion

**PLEASE SIGN AND DATE SECOND PAGE TO COMPLETE THE HEALTH FORM**

**YMCA OF GREATER CINCINNATI  
Release and Waiver of Liability**

I understand that the YMCA of Greater Cincinnati assumes no responsibility for injuries or illness including, but not limited to Pandemic Influenza and Infectious Diseases, which I or my child may sustain as a result of my physical condition or resulting from my participation in any athletic activities, camp program, the use of any equipment, exercise, or any other activity at the YMCA. I expressly acknowledge on behalf of myself and my heirs that I assume the risk of any and all illness, which may result from my/my child's participation in these activities. I hereby release and discharge the YMCA of Greater Cincinnati, its agents, servants, and employees from any and all claims for injury, death, loss, or damage which I/my child may suffer as a result of my participation in these activities. I understand that the YMCA of Greater Cincinnati is not responsible for any personal property lost or stolen while using the YMCA facilities or while on YMCA premises. I give my permission to the YMCA of Greater Cincinnati to use photographs, film footage, audio, or video tape recordings, which may include my/my child's image or voice for the purpose of promoting and interpreting YMCA programs and services to the general public. My child and I will adhere to the YMCA Code of Conduct. I understand that the YMCA of Greater Cincinnati will hold me accountable to the Code of Conduct.

**Permission for Treatment**

THE UNDERSIGNED HEREBY DECLARES that all the information on the above health history is correct and representative of the person herein described, and further agrees to give full authority to the health care personnel selected by the YMCA to administer medications; provide routine health care, photocopy forms, and to order: X-Rays, routine tests; treatment; transportation; and hospitalization should the need arise. THE UNDERSIGNED HEREBY RELEASES, WAIVES, DISCHARGES, AND COVENANTS NOT TO SUE RELEASEES FROM LIABILITY from any claim whatsoever which may result of any first aid, treatment, services, or assistance to the person while in, about, or upon the premises or any facilities or equipment thereon or participating in any program affiliated with the YMCA. THE UNDERSIGNED further expressly agrees that foregoing RELEASE, WAIVER AND INDEMNITY AGREEMENT is intended to be as broad and inclusive as is permitted by the law of the State and that if any portion thereof is held invalid, it is agreed that the balance shall, notwithstanding, continue in full legal force and effect. THE UNDERSIGNED HAS READ AND VOLUNTARILY SIGNS THE RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY AND INDEMNITY AGREEMENT, and further agrees that no oral representations, statements, or inducements apart from the foregoing written agreement have been made.

**He leído este documento de exención de responsabilidad y su traducción al español**

I HAVE READ THIS RELEASE

\_\_\_\_\_  
Participant Name

\_\_\_\_\_  
Participant Signature (Parent if under 18) Date

## INFORMACIÓN SANITARIA

- ¿El participante tiene alguna alergia?
- ¿El participante lleva un epi-pen? (En caso afirmativo, envíe Epi-pen con el participante)
- ¿Tiene el participante alguna restricción dietética Por favor explique:
- Por favor enumere todos los medicamentos actuales:
- ¿Puede el participante tomar medicamentos sin receta?
- ¿El participante requerirá algún tratamiento mientras esté en el campamento? (por favor explique)
- ¿Están todas las vacunas al día?
- Fecha de la última vacuna contra el tétanos:
- Fecha de la vacuna Covid

## HISTORIA MÉDICA (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

ADD/ADHD

Retrasos en el desarrollo

Ansiedad

Diabetes

Asma/Inhalador

Trastorno alimentario

Orinarse en la cama

Epilepsia

Problemas de comportamiento

Dolores de cabeza

Conmoción cerebral

Problemas de audición Nostalgia

Consejería Depresión

Piojos

Terrores nocturnos

Problemas de salud mental

Enfermedad reciente

Autolesiones

Lesión reciente

Sonambulismo

Convulsiones

Otro:\_\_\_\_\_

Explique la gestión de las condiciones anteriores:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado, ha tenido una operación, una lesión grave u otro tratamiento médico? (Por favor explique)

¿Alguna experiencia de vida significativa que aún afecte a camper? (Por favor explique)

¿Ha estado expuesto a alguna enfermedad transmisible en los últimos 3 meses? (Por favor explique)

¿Tiene alguna restricción en la actividad o necesita asistencia especial mientras está en el campamento? (Por favor explique)

## **Declaración de entendimiento**

Nosotros (padres y campistas) entendemos y aceptamos lo siguiente:

- Los campistas no podrán salir del campamento con personas no autorizadas o aparentemente intoxicadas.
- Los campistas son responsables de participar plenamente y cumplir con las políticas. El no hacerlo puede resultar en el despido inmediato sin devolución de honorarios.
- Se denunciarán los casos sospechosos de maltrato infantil.
- Los miembros del personal de YMCA no pueden tener contacto con niños fuera del programa a menos que exista una relación previa.
- Las prohibiciones incluyen: productos de tabaco, bebidas alcohólicas; medicamentos sin receta; comportamiento o acoso sexual; armas; fuegos artificiales; teléfonos celulares y electrónicos; y la intimidación.
- La imagen/palabras de mi hijo pueden grabarse y usarse en la promoción del campamento

## **YMCA OF GREATER CINCINNATI Liberación y exención de responsabilidad**

Entiendo que la YMCA of Greater Cincinnati no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades, incluidas, entre otras, la influenza pandémica y las enfermedades infecciosas, que yo o mi hijo podamos sufrir como resultado de mi condición física o como resultado de mi participación en cualquier actividad deportiva, programa de campamento, el uso de cualquier equipo, ejercicio o cualquier otra actividad en la YMCA. Reconozco expresamente en mi nombre y el de mis hijos que asumo el riesgo de cualquier enfermedad que pueda resultar de mi participación o la de mi hijo en estas actividades. Por la presente libero de responsabilidades a la YMCA de Greater Cincinnati, sus agentes, servidores y empleados de cualquier reclamación por lesión, muerte, pérdida o daño que yo o mi hijo podamos sufrir como resultado de mi participación en estas actividades. Entiendo que la YMCA of Greater Cincinnati no es responsable de ninguna propiedad personal perdida o robada durante el uso de las instalaciones de la YMCA o mientras se encuentre en las instalaciones de la YMCA. Doy mi permiso a la YMCA of Greater Cincinnati para usar fotografías, filmaciones, grabaciones de cintas de audio o video, que pueden incluir mi imagen o voz o la de mi hijo, con el fin de promover e interpretar los programas y servicios de la YMCA para el público en general. Mi hijo y yo cumpliremos con el Código de conducta de la YMCA. Entiendo que la YMCA de Greater Cincinnati me hará responsable del Código de Conducta.

## **Permiso para Tratamiento**

EL ABAJO FIRMANTE POR LA PRESENTE DECLARA que toda la información en el historial de salud anterior es correcta y representativa de la persona aquí descrita, y además acepta otorgar plena autoridad al personal de atención médica seleccionado por la YMCA para administrar medicamentos; proporcionar atención médica de rutina, fotocopiar formularios y solicitar: radiografías, exámenes de rutina; tratamiento; transporte; y hospitalización en caso de necesidad. EL ABAJO FIRMANTE POR LA PRESENTE LIBERA, RENUNCIA, DESCARGA Y ACUERDA NO DEMANDAR A LAS PERSONAS LIBERADAS DE RESPONSABILIDAD de cualquier reclamo que pueda resultar de primeros auxilios, tratamiento, servicios o asistencia a la persona mientras se encuentre en, alrededor o sobre las instalaciones o cualquier instalación. o equipo en el mismo o participando en cualquier programa afiliado a la YMCA. EL ABAJO FIRMANTE además acepta expresamente que el ACUERDO DE LIBERACIÓN, RENUNCIA E INDEMNIZACIÓN anterior tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del Estado y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el resto será, no obstante, continuar en pleno vigor y efecto legal. EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO Y FIRMA VOLUNTARIAMENTE EL ACUERDO DE LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN, y además acepta que no se han hecho representaciones orales, declaraciones o incentivos aparte del acuerdo escrito anterior.

YMCA OF GREATER CINCINNATI  
Liberación y exención de responsabilidad

Entiendo que la YMCA of Greater Cincinnati no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades, incluidas, entre otras, la influenza pandémica y las enfermedades infecciosas, que yo o mi hijo podamos sufrir como resultado de mi condición física o como resultado de mi participación en cualquier actividad deportiva, programa de campamento, el uso de cualquier equipo, ejercicio o cualquier otra actividad en la YMCA. Reconozco expresamente en mi nombre y el de mis hijos que asumo el riesgo de cualquier enfermedad que pueda resultar de mi participación o la de mi hijo en estas actividades. Por la presente libero de responsabilidades a la YMCA de Greater Cincinnati, sus agentes, servidores y empleados de cualquier reclamación por lesión, muerte, pérdida o daño que yo o mi hijo podamos sufrir como resultado de mi participación en estas actividades. Entiendo que la YMCA of Greater Cincinnati no es responsable de ninguna propiedad personal perdida o robada durante el uso de las instalaciones de la YMCA o mientras se encuentre en las instalaciones de la YMCA. Doy mi permiso a la YMCA of Greater Cincinnati para usar fotografías, filmaciones, grabaciones de cintas de audio o video, que pueden incluir mi imagen o voz o la de mi hijo, con el fin de promover e interpretar los programas y servicios de la YMCA para el público en general. Mi hijo y yo cumpliremos con el Código de conducta de la YMCA. Entiendo que la YMCA de Greater Cincinnati me hará responsable del Código de Conducta.

Permiso para Tratamiento

EL ABAJO FIRMANTE POR LA PRESENTE DECLARA que toda la información en el historial de salud anterior es correcta y representativa de la persona aquí descrita, y además acepta otorgar plena autoridad al personal de atención médica seleccionado por la YMCA para administrar medicamentos; proporcionar atención médica de rutina, fotocopiar formularios y solicitar: radiografías, exámenes de rutina; tratamiento; transporte; y hospitalización en caso de necesidad. EL ABAJO FIRMANTE POR LA PRESENTE LIBERA, RENUNCIA, DESCARGA Y ACUERDA NO DEMANDAR A LAS PERSONAS LIBERADAS DE RESPONSABILIDAD de cualquier reclamo que pueda resultar de primeros auxilios, tratamiento, servicios o asistencia a la persona mientras se encuentre en, alrededor o sobre las instalaciones o cualquier instalación. o equipo en el mismo o participando en cualquier programa afiliado a la YMCA. EL ABAJO FIRMANTE además acepta expresamente que el ACUERDO DE LIBERACIÓN, RENUNCIA E INDEMNIZACIÓN anterior tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del Estado y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el resto será, no obstante, continuar en pleno vigor y efecto legal. EL ABAJO FIRMANTE HA LEÍDO Y FIRMA VOLUNTARIAMENTE EL ACUERDO DE LIBERACIÓN Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN, y además acepta que no se han hecho representaciones orales, declaraciones o incentivos aparte del acuerdo escrito anterior.