



Dónde:
Cuándo:
Notas:

INFORMACIÓN DEL NIÑO (*obligatorio)

Nombre* Apellido* Fecha de nacimiento*

¿Su hijo/hija necesita autoinyector de epinefrina?*

/ /

☐ Si ☐ No

Género* Origen étnico* Escuela en otoño 2026/2027*

Alergias, medicamentos recetados, adaptaciones especiales

Grado escolar en otoño 2026/2027* Talla de camiseta*

Transporte alternativo Nombre, parentesco, teléfono

Para las necesidades de cualquier niño que NO sean autogestionadas, llame al 800-968-4332 con un mínimo de 10-12 semanas antes de la fecha de inicio; ver <https://www.invent.org/terms-and-conditions>

Autorización para el uso de fotografías* Ver <https://www.invent.org/terms-and-conditions>

☐ Si ☐ No

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

Nombre* Apellido* Teléfono* Correo electrónico*

Domicilio* No se aceptan apartados de correos

Ciudad*

Estado*

Código postal*

PAGO ☐ N/A ya se pagó

Precio del programa

\$

☐ Donación Ayude a enviar niños desatendidos al campamento

\$

☐ Día Prolongado \$100 si está disponible

\$

☐ Seguro de Cancelación \$30 Ver <https://www.invent.org/terms-and-conditions>

\$

☐ Voucher/Código Promocional & Cantidad Si corresponde

Código:

\$ -

Monto total del pago incluido

\$

☐ Número de tarjeta de crédito No Am Express

Fecha de expiración

/

☐ Número de cheque

Número de licencia

Número de ruta

Número de cuenta

CONFIRMACIÓN

Al inscribir a su hijo/hija y al firmar su nombre abajo, usted certifica que ha recibido, leído y aceptado los Términos y Condiciones del programa (que queda incorporados aquí por referencia), que se pueden encontrar en <https://www.invent.org/terms-and-conditions> o comunicándose correo electrónico al NIHFprograms@invent.org.

Firma(s) de los Padres/Tutores Legales*

Fecha*

/