

— LEADERSHIP — ACCOUNTABILITY — RETRO BILL — GRADUATION —

— MOTIVATIONAL SPEAKERS

— PEER DYE —

SHERIFF'S OFFICE PARTNERS WITH FRIDAY NIGHT LIVE & PROBATION TO HOST 7TH ANNUAL CAMP

FREE FOR INCOMING 2018/2019 6-8 GRADERS

Sheriff's Youth Summer Camp!

BUILD TEAMWORK, LEADERSHIP AND RESILIENCY SKILLS WHILE PLAYING OUTDOORS & MEETING NEW FRIENDS!

Coast Camp

AT CAYUCOS SCHOOL

JUNE 25-JUNE 29, 9 AM TO 3 PM

ALL FOOD PROVIDED!

PRIOR REGISTRATION REQUIRED

TRANSPORTATION AVAILABLE



FOR MORE INFO. CONTACT DEPUTY CORRIEA (805) 305-7187 OR EMAIL SCORRIEA@CO.SLO.CA.US

— CAREER DAY — TEAM BUILDING —

— PEER PRESSURE — COMMUNICATION — WELLNESS



— SELF-DETECT — COMMUNITY ENGAGEMENT — MEANINGFUL RELATIONSHIPS —

June 25 – June 29, 2018



San Luis Obispo County Sheriff's Youth Summer Camp (Coast Camp)

*****Return Complete Form to School Office or Fax to (805) 781-1041*****

Name _____ Sex: M ___ F ___
(First) (MI) (Last)

Birth Date: ___/___/___ Age ___ Current school student is attending: _____

Student's current grade in 2016/2017 school year _____

Home Address: _____ City/State/Zip: _____

Phone (include area Code): (____) _____ Email _____

Mother's Name: _____ Daytime Phone No. (____) _____

Father's Name: _____ Daytime Phone No. (____) _____

Person authorized to care for child in case of emergency, when mother/father cannot be reached:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: (____) _____

Does your child have any medical conditions/allergies/medications which we need to be aware of?

Please specify: _____

Student T-Shirt Adult Size (check one) Small ___ Medium ___ Large ___ XL ___

#####

***CIRCLE YES, IF YOU WILL NEED SCHOOL BUS TRANSPORTATION FOR YOUR STUDENT: Yes**

(Bus Stops: Los Osos Middle School and Del Mar Elementary School)

#####

Parent/Legal Guardian

I, _____, Release the San Luis Obispo County Sheriff's Office and all participating agencies from any and all liabilities or responsibilities pertaining to accidents, injuries, or complications resulting from activities or while transporting participants to activities. I authorize the Sheriff's Summer Program Leadership to transport the above-named participant to the nearest hospital in case of injury or suspected injury while the participant is involved in a summer program activity. I authorize the hospital attending physician to administer necessary emergency professional medical care to the above-named participant upon his/her arrival at the hospital.

_____(initial) All Sheriff's summer program staff and participant images may be used for future promotional purposes.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

CAMP IS LIMITED TO THE FIRST 120 SIGNUPS

25 de junio – 29 de junio de 2018



Campamento de Verano de la Oficina del Sheriff del Condado de San Luis Obispo (Campo del Costa)

*****Devuelva el Formulario Completado a la Oficina de la Escuela o en forma de fax al (805) 781-1041*****

Nombre del Estudiante _____ Sexo M ___ F ___
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ edad ___ Estudiante de la escuela actual se asista: _____

Actual de estudiante en el año escolar 2016/2017: _____

Dirección del Hogar: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono (incluya el código de área): (_____) _____ El correo electrónico _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono durante el día (_____) _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono durante el día (_____) _____

Persona autorizada para cuidar al niño en caso de emergencia, si los padres no pueden ser localizados:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica/alergias/medicamentos que tenemos que tener en cuenta?

Por favor, especifique: _____

Talla de camiseta del estudiante (marque uno): Pequeño (S) ___ Mediano (M) ___ Grande (G) ___ X Grande (XL) ___
#####

***CIRCULE Sí, SI VA A NECESITAR TRANSPORTE ESCOLAR PARA SU HIJO: Sí**
(Autobus Proyeccion de Paradas: Escuela Secundaria Los Osos y Escuela Primaria Del Mar)

#####

Padre/Guardián Legal

Yo, _____, libero a la Oficina del Condado del Sheriff y al Programa de Verano G.R.E.A.T de cualquier y toda responsabilidad relacionada con accidentes, lesiones, o complicaciones que resulten en actividades durante o en el transporte del participante a las actividades.

Yo autorizo a los Líderes del Programa de Verano G.R.E.A.T. para que transporten al participante mencionado arriba al hospital más cercano en caso de lastimadura o sospecha de lastimadura que suceda mientras que esté participando en alguna actividad del programa de verano G.R.E.A.T.

Yo autorizo al medico de cabecera del hospital para que administre cuidado médico profesional de regencia al participante mencionado arriba cuando llegue al hospital.

_____(Iniciales) Todas las imágenes del personal y de los participantes pueden ser utilizadas para futuros propósitos profesionales.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

CAMPAMENTO ESTA LIMITADA A LOS PRIMEROS 120 INSCRIPCIONES