



KING'S KIDS PUERTO RICO

Un Ministerio de Juventud Con Una Misión
P.O. Box 116, Juncos, Puerto Rico 00777 Tel. (787)734-4788 Fax (787) 734-2788
E-mail: kingskidspr@gmail.com

Apreciado(a) Solicitante:

Estamos muy contentos de saber de tu interés en participar de las Vacaciones con Propósito de verano de los King's Kids de P.R. Cada año realizamos 2 adiestramientos. **El primer adiestramiento** es para niños de 4 a 12 años y el mismo se llevará a cabo del **3 de junio al 16 de junio de 2012**. Para los niños de 4 a 7 años se necesitará que sus padres los traigan a las 8:00am y los recojan a las 6:30pm todos los días. **El segundo adiestramiento**, para adolescentes de 13 a 22 años será del **17 de junio al 1 de julio de 2012**.

Nosotros como "staff" estamos convencidos de que la gente joven juega un papel muy importante en el cumplimiento del plan de Dios para este siglo. Estamos en busca de adolescentes y jóvenes que genuinamente quieren conocer a Dios y amarle de todo corazón.

Este no es un adiestramiento de diversión ni de entretenimiento. Es un adiestramiento dirigido a que desarrolles carácter cristiano, llegues a conocer a Dios íntimamente para darlo a conocer a otros y te llegues a conocer mejor a ti mismo. Para poder lograr nuestros objetivos contamos con un horario intenso. Se levantan bien temprano y cada hora del día está programada. Las mañanas se dedican a la enseñanza de temas tales como: "El carácter de Dios", "Tiempo a solas con Dios", "Como relacionarme con el sexo opuesto", y muchos otros. Además cada día se llevarán a cabo entrenamientos de baloncesto o coreografía. Los últimos cuatro días llevaremos a cabo presentaciones públicas y/o juegos de baloncesto en diferentes lugares de P.R.

La demanda es muy grande. Así que, te recomendamos envíes tu solicitud lo antes posible. Si ya tomaste el adiestramiento y te interesa tomarlo de nuevo te informamos que tu nombre será colocado en una lista de espera para darle prioridad a los nuevos participantes. De tener cupo iremos aceptando de la lista de espera en orden de llegada de solicitud.

El primer adiestramiento dará comienzo el domingo, 3 de junio a las 3:00p.m. y el segundo adiestramiento el día 17 de junio a las 6:00pm.

Una vez cumplimentes la solicitud, envíala a la dirección arriba indicada. Es vital que tu familia apoye tu participación en el adiestramiento. Por razones legales, **ambos padres deben firmar la autorización y el consentimiento**, de lo contrario no podremos aceptar la solicitud. En caso de faltar una de las firmas, se debe enviar una copia del certificado de patria potestad.

Al recibir la notificación de aceptación es necesario que te matricules enviando la cantidad de \$100.00 dólares no reembolsables, lo cual representa un adelanto del costo total del adiestramiento, que es de **\$300.00**. Al nosotros recibir tu matrícula te enviaremos a vuelta de correo:

- 1- Material de estudio
- 2- Lista de "cosas que traer"
- 3- Reglas del adiestramiento

Marca con una **X** el adiestramiento en el que deseas participar:

*KKI Coreografía (8-12 años)_____ *KKI Baloncesto (8-12años) sólo varones_____ *KKI Teatro (8-12 años) _____

*Niños de 4 a 7 años tendrán coreografía, manualidades y recreación.

*KKII Coreografía (13-22 años)_____ *KKI Baloncesto I (13-22 años) sólo varones_____ *KKII Teatro (13-22 años)_____

Esperamos escuchar de ti en los próximos días.

Dios te bendiga,

Lyssette Ruiz
Directora King's Kids PR

INFORMACION PERSONAL

FOTO 2 X 2

Nombre _____ Sexo _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Postal _____

Teléfono () _____ () _____ País _____ Código Postal _____
Residencia Celular E-mail: _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Edad _____
Día / mes / año Pueblo País

País de Ciudadanía _____ Cédula Núm. _____ País _____

Núm. Pasaporte _____ Expedido en _____ Fecha expiración _____

Estado Civil: Soltero Comprometido Casado Divorciado

Talla de T'shirt/Polo de niño: __8-10 __10-12 __14-16 de adulto: __S __M __L __XL

PERSONAL

JuCUM opera como una familia. Por tal motivo no permitimos relaciones entre niño-niña, joven-señorita o grupitos.
¿Aceptas el criterio de los líderes en esta área? Sí No

JuCUM se reserva el derecho de admisión de no cumplir con los requisitos antes mencionados. Prohibimos traer beepers y / o celulares al adiestramiento.

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

Nombre _____ Parentesco _____
Nombre Apellido

Dirección : _____

Teléfono () _____ () _____ () _____ País _____ Código Postal _____
Residencia Celular Trabajo

INFORMACION DE SU IGLESIA

Iglesia a la que pertenece _____
Dirección _____

Nombre del Pastor _____ Teléfono _____
¿Cuánto tiempo hace que asiste a esa iglesia? _____

EDUCACION

Grado _____ Escuela _____ Teléfono _____

Principal de Escuela _____ ¿Qué idiomas hablas? _____

Habilidades y Talentos: __música __baile __teatro __deportes __primeros auxilios __otros _____

EXPERIENCIA PREVIA CON JUCUM O KING'S KIDS

¿Ha participado en algún viaje misionero o algún programa de adiestramiento ofrecido por JuCUM ó King's Kids?
__Sí __No Específique: Niko__ DTS __ Adiest. King's Kids _____ ¿Qué año? _____

¿Dónde? _____ Nombre del líder: _____

¿Cómo conociste de este adiestramiento? ¿Quién te refiere? _____

AUTO EVALUACIÓN

Nos gustaría saber cómo piensas de ti mismo. Eres:

conversador / franco amigable / extrovertido excesivamente callado tímido / simpático solitario

Cuando te levantas por las mañanas, la mayoría de los días estás:

con mucha energía contento humor variable irritable (mal humor) gruñón

Si tu mamá te pide hacer algo, generalmente:

lo haces y preguntas si hay algo más que hacer; lo haces enseguida dices lo haré, pero lo olvidas

terminas lo que estás haciendo y luego vas preguntas: ¿porqué tengo que ser yo?

Generalmente mantienes tu cuarto:

imaculado limpio, pero cómodo moderadamente desordenado zona de desastre

Si algo que tú esperabas no sucede, ¿qué haces?

Te sientes mal por mucho tiempo Pretendes que no te importa te enojas, pero se te pasa rápido te quejas

Si pudieras cambiar algo en tu vida, ¿qué cambiarías? ¿Por qué?

Historial De Salud

(A ser cumplimentado por el solicitante)

Nombre: _____

Peso: _____ Estatura : _____

Nombre Médico Primario : _____ Teléfono : _____

Plan Médico Primario : _____ Número de contrato: _____

Favor de marcar **Si** o **No** a las siguientes preguntas. Sus contestaciones serán estrictamente confidenciales.

1- ¿Se encuentra en buena salud? Si No

2- ¿Está bajo tratamiento médico? Si No

Si es afirmativo, especifique condición y tratamiento _____

3- ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades? Haga una marca de cotejo (✓)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales, válvulas defectuosas | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama |
| <input type="checkbox"/> Soplo, defectos congénitos del corazón | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (ataques, presión alta, coronarias) | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho cuando se ejercita | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Se queda corto de respiración | <input type="checkbox"/> Hepatitis ¿Cuál? : _____ |
| <input type="checkbox"/> Utiliza marcapaso artificial | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias; Explique : _____ | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolores abdominales |
| <input type="checkbox"/> Sangra o se le forman moretones | <input type="checkbox"/> Dieta especial ¿cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Se fatiga cuando se ejercita |

4- ¿Utiliza algunos de los siguientes?

Zapatos especiales Ayuda auditiva Otros : _____

5- ¿Hace ejercicios? Si No ¿Cuál? : _____ ¿Cúantas horas al día? _____

6- ¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? Haga una marca de cotejo (√)

Antibiótico Tranquilizantes Medicinas para la presión

Cortisona Aspirina Insulina

Otros : _____

7- ¿Es alérgico a los siguientes medicamentos? (Haga una marca de cotejo)

Insulina Aspirina Codeína Penicilina

Antibióticos especifique : _____ Otros: _____

8- Tipo de sangre : _____

9- Si es mujer : ¿Estás embarazada? Si No ¿Tiene problemas con su ciclo menstrual? Si No

¿Toma pastillas anticonceptivas? Si No ¿Toma medicamento para el dolor menstrual? Si No

Especifique: _____

10- ¿Tiene alguna condición médica no especificada anteriormente y que requiera evaluación médica frecuente?

Si No Explique _____

Certifico que esta información es correcta. La misma será utilizada para mi propio beneficio en estricta confidencialidad por el personal asignado a tales propósitos. En caso de error u omisión de la información suministrada por mi en esta solicitud, no responsabilizaré a JuCUM ni a su personal por cualquier reacción física, daño físico ocurrido o acción disciplinaria que sea necesario tomar. JuCUM se reserva el derecho de admisión o suspensión de no cumplir con los requisitos antes mencionados.

Firma del participante / fecha

Firma de los Padres y/o Encargados / fecha

DATOS DE FAMILIA

Las siguientes preguntas se hacen con el único propósito de conocerte. No pretenden evaluarte para fines de aceptación. Te pedimos que seas completamente honesto y sincero.

1. ¿Vives con ambos padres? Si No

Si la respuesta es **No**, explique por favor: _____

2. ¿Cómo te llevas con las siguientes personas?

	muy bien	bien	regular	mal
padre				
madre				
hermanos				

3. Si pudieras cambiar algo en tu relación con tus padres, ¿qué cambiarías? _____

4. Nombre de tu papá: _____ Ocupación: _____

Nombre de tu mamá: _____ Ocupación: _____

MI RELACIÓN CON DIOS

¿Has invitado a Cristo a morar en tu corazón? Si No

¿Cómo y cuándo? _____

Si pudieras cambiar algo en tu relación con Dios, ¿Que cambiarías? _____

EXAMEN MEDICO

A ser cumplimentado por el Médico

_____ ha solicitado participar en un adiestramiento de Juventud Con Una Misión, que conlleva un horario y actividades intensas por lo cual se requiere buena salud. Esta evaluación será tomada en cuenta para su aceptación dada la naturaleza de la intensidad de actividades.

	Normal	Anormal	Explique
Cabeza			
Oidos			
Nariz			
Garganta			
Cuello			
Torax			
Cardiovascular			
Pulmones			
Abdomen			
Genito-Urinario			
Músculo esquelético			
Neurológico			
Piel			

¿Sufre alguna enfermedad contagiosa? _____

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? ¿Para qué condición? _____

¿Está en capacidad de llevar a cabo intensas rutinas de baile y/o aeróbicos de 3-6 hrs. diariamente?

Si _____ No _____ Explique de ser necesario _____

¿Está en capacidad de llevar a cabo intensas rutinas de ejercicios y entrenamiento para jugar baloncesto de 3-6 hrs. diariamente?

Si _____ No _____ Explique de ser necesario _____

Nombre del Médico _____ Lic.# _____

Firma y sello del Médico _____

Dirección y teléfono del Médico _____ Tel. _____

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DEL PADRE/ MADRE
MENORES DE 21 AÑOS**

AUTORIZACIÓN PARA VIDEO Y FOTOS

Yo/Nosotros autorizamos a Juventud Con Una Misión y a King's Kids de Puerto Rico a hacer tomas de:

___ **Video** y de ___ **Fotos**

a mi hijo(a) _____. Estos serán editados con el fin de guardar un recuerdo y poder ser vendido a los Padres y familiares de los participantes del Adiestramiento King's Kids.

Padre(s) y/o _____	_____	___/___/___
Encargado: Nombre	Firma Padre o Encargado	día mes año
_____	_____	___/___/___
Nombre	Firma Madre o Encargada	día mes año

AUTORIZACIÓN A RECOGER A MI HIJO(A) POR PERSONA PARTICULAR

Yo/ Nosotros autorizamos a _____ quien es: ___abuelo(a), ___familiar, ___amigo de la familia a recoger a nuestro hijo(a) _____ el día _____ en representación nuestra.

Asumimos como padres total responsabilidad y eximimos a JUCUM y King's Kids de P.R. de cualquier responsabilidad.

Padre(s) y/ o Encargado: _____	_____	___/___/___
Firma Padre o Encargado (Con custodia legal)	Firma Madre o Encargada (Con custodia legal)	día mes año