



Solicitud de Inscripción

Favor de leer cuidadosamente esta solicitud y llenar en su totalidad. Toda esta información es necesaria para participar en Crisálida. Debe incluir la firma del solicitante, del **Tutor (que tiene que haber ido a Emaus o Crisálida)** y del pastor. Los candidatos deben tener de 15 a 17 años para participar de un Vuelo y 18 a 23 años para participar de un Journey al momento del evento. Favor de incluir **\$40.00 de depósito** con la solicitud. El costo total del Journey es de **\$95.00** y podrá pagarlo en efectivo, giro o en cheque a nombre de **“Crisálida de Puerto Rico”**.

Nombre de candidato: _____

(Apellido paterno) (Apellido Materno) (Nombre) (Inicial)

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Teléfono(s): _____ e-mail _____

¿Cómo te gustaría ser llamado? _____

¿Tienes alguna responsabilidad en tu iglesia? ¿Cuál o cuáles?

¿Pertenece a algún ministerio en tu iglesia? _____

¿Eres voluntario de alguna otra Organización? _____

¿Está Crisálida bien explicado para ti? SI No

Nombre de la persona que te invita (Tutor): _____

¿Alguien de tu familia ha participado en Crisálida o Emaús? SI No

¿Qué talentos, cualidades o destrezas posees?

¿Por qué quieres participar en el Vuelo o Journey? _____

Fecha: _____ Firma del Candidato: _____

Nombre: _____ Firma : _____

Padre, madre o encargado (si es menor de 18 años)

Información del Evento a Participar

Vuelo _____ Journey _____ / Chicas _____ Chicos _____

Lugar: Centro de Retiro: Camp. Obispo Corson, Jayuya, P.R.

Fecha: _____

Endoso Pastoral

Nombre de la Iglesia:

Ubicación o Dirección:

Nombre del Pastor/a:

Endoso del pastoral: (El Pastor debe incluir las áreas o ministerios en los que se destaca el joven en su iglesia local. Incluir también talentos, cualidades y destrezas observadas y que hacen a _____ (nombre del Joven) un candidato que será beneficiado por participar del Vuelo o Journey).

Certifico que se me informó que el joven estaría participando de las experiencias desarrolladas por Crisálida de Puerto Rico y que lo recomiendo favorablemente.

Firma del Pastor/a: _____

Fecha: _____



Autorización Servicios Médicos por Emergencia

Yo, _____ (padre/madre/Encargado) autorizo a la Comunidad Crisálida de PR a través del/a Director/a Laico del Vuelo o Journey, representante del Consejo o la persona designada (miembro del equipo) a que someta a mi hijo al tratamiento médico de emergencia que sea necesario o trasladarlo al hospital mas cercano a recibir asistencia médica de ocurrir algún accidente durante el fin de semana del Vuelo o Journey. El/a Director/a Laico del evento se comunicará a la mayor brevedad con algún familiar, el pastor o tutor del Joven. Fecha: _____

Nombre del Candidato: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Padre, madre o encargado (si es menor de 18 años)

Certificado Médico

Plan Médico: _____ # de Póliza _____

Asegurado primario: _____ Relación con el Joven: _____

Fecha de Expiración: _____ Teléfono: _____

Yo, _____ (Nombre del MD.), Núm. de Líc. _____, certifico haber examinado a _____ (Nombre del participante).

En este momento el joven no tiene, a mi mejor entender, ninguna restricción de salud para participar activamente del Vuelo o Journey.

¿Deberá el candidato tomar algún medicamento durante ese fin de semana?

SI No (Si contestó afirmativamente, por favor provea el frasco original del medicamento, con instrucciones para administrarlo)

Indicar alguna condición médica: _____

Indicar alergias: _____

Explicar alguna dieta especial requerida: _____

Otra información médica necesaria: _____

Firma médico: _____ Fecha: _____

Teléfonos: _____ email: _____

Dirección: _____

Instrucciones e Información adicional

1. El joven no puede llevar ningún artefacto electrónico al evento. Entiéndase maquinas de juegos de video, celular, laptop, cámaras, tabletas, DVD players, otras.
2. El joven no podrá llevar ningún instrumento de música al evento.
3. El participante no podrá tener ningún tipo de comunicación con familiares o amistades durante el fin de semana, excepto alguna emergencia familiar.
4. Se espera que el joven participe activamente de todas las actividades programadas para el fin de semana.
5. El participante debe llevar consigo artículos básicos de higiene personal, toalla, sábanas y almohada para su comodidad.
6. Es responsabilidad del joven y su familia ofrecer al equipo toda la mayor información posible sobre condiciones médicas y medicamentos que tenga que ingerir la persona durante el fin de semanas.
7. El joven puede llevar algo de dinero ya que en el fin de semana es posible que se les permita comprar libros para jóvenes y otros misceláneos.
8. No está autorizado la toma de fotografías durante el evento, no obstante la Comunidad Crisálida de Puerto Rico no se hace responsable de cualquier foto que sea publicada sin autorización en una red social, página del Internet o en otro lugar.

Certificamos haber leído, comprendemos y nos comprometemos a cumplir con cada uno de los puntos aquí dispuestos.

Fecha: _____

Nombre del Candidato: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

(Padre, madre o encargado)

.....
DEVUELVA ESTA SOLICITUD CON EL PAGO REQUERIDO A:
Oficinas Conferenciales de la Iglesia Metodista de Puerto Rico
Att. Hna. Kitzzy Díaz - **Registradora Comunidad Crisálida** #Tel. 787-532-7120
Att. Hno. José A. Sánchez - **Líder Laico Comunidad Crisálida** # Tel. 787-948-4608
PO Box 23339
San Juan, P.R. 00931-3339
Tel. 787-765-3103
Fax. 787-751-3615

