

CAMPAMENTO DE DÍA (DAY CAMP) DE LA VILLA DE HAVERSTRAW - SOLICITUD 2017APLICACIÓN DEL CAMPAMENTO APLICACIÓN PARA EL CUIDO DE NIÑOS

Matricula para el Campamento \$ _____ Cuota para el Cuido de niños \$ _____ Precio TOTAL \$ _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de Niño/Niña:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Varón o Hembra

Teléfono:

Nombre de pariente/guardián legal:

Dirección corriente:

Cuidad:

Estado:

Código postal:

¿Ha asistido su niño/niña al campamento de día (day camp) anteriormente?

Si respondió que sí, ¿cuántas veces?

¿Sabe nadar su niño/niña en agua profunda?

Camiseta Talla (rodea con un círculo): niño S M L XL adulto S M L XL

INFORMACIÓN PARA CONTACTOS EN CASOS DE EMERGENCIA

Nombre:

Dirección:

Teléfono del Hogar:

Cuidad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono Celular:

Relación:

Teléfono de Empleo:

TRASFONDO MÉDICO

¿Tiene su niño/niña algunos de los siguientes problemas? Si responde que sí, favor de explicar.

Diabetes:

Presión Alta:

Pobre Coagulación de Sangre:

Flujo de Sangre:

Defecto cardiaco:

Ataques:

Infección de Oído:

Alergias de la piel:

Explique aquí:

Fecha y explicación de alguna herida seria o de alguna cirugía.

¿Tiene asma su niño/niña?

Si respondió que sí, ¿trae su medicamento de inhalación?

¿Tiene su niño/niña algún problema con el oído o la vista?

¿Usa su niño/niña algún aparato para oír o lentes para ver?

¿Tiene su niño/niña alguna alergia a comidas, abejas, o medicinas? Favor de explicar.

Favor de hacer una lista de TODOS los medicamentos que su niño/niña toma corrientemente.

¿Tendrá su niño/niña que tomar su medicamento durante su estancia diaria en el campamento?

¿Tiene su niño/niña algún problema de comportamiento o alguna condición psicológica que debe de ser compartida con los consejeros del campamento?

¿Tiene su niño/niña alguna restricción dietética (algo que no debe o puede comer)?

¿Es su niño/niña capaz físicamente y emocionalmente de participar en un programa activo? SÍ o NO**INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIONES**

Favor de incluir copias de documentos médicos que trazan las vacunaciones de su niño/niña. Todos los candidatos para el programa de campamento tienen que tener prueba de que han sido apropiadamente vacunados para la Varicela (chickenpox), Haemophilus influenza tipo B (bib), y el Hepatitis tipo B antes del comienzo del campamento.

Yo doy permiso al campamento de Haverstraw que obtenga prueba de alimento gratis o reducido del departamento de comida del Distrito Escolar de North Rockland

Nombre _____ Fecha _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Index Card _____
 Completed Application _____
 Immunization Record _____
 Camper Birth Certificate _____
 Copy of Utility bill _____
 Trip Waiver _____
 Release/Waiver/Consent _____
 Photo/Press Release _____
 Lunch Approval _____

Total Fee Due: \$ _____
 Paid by: _____
 Phone #: _____
 Initial Payment \$ _____ Partial Full
 Receipt # _____
 Person(s) authorized to p/u camper:

 Application Processed By: _____
 Date: _____