

## VILLAGE OF HAVERSTRAW 2018 SUMMER CAMP

CAMP APPLICATION

AFTER CAMP APPLICATION

Camp Fee \$ \_\_\_\_\_

After Camp Fee \$ \_\_\_\_\_

TOTAL Fee \$ \_\_\_\_\_

### CAMPER INFORMATION

Name of Child:

Date of birth:

Age:

Male or Female

Phone:

Name of parent(s)/legal guardian(s):

Current address:

City:

State:

ZIP Code:

Attended camp before?

If yes, how many times?

Can he/she swim in **deep water**?

T-Shirt Size (circle one): youth S M L XL adult S M L XL

### EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Name:

Address:

Home Phone:

City:

State:

ZIP Code:

Cell Phone:

Relationship:

Work Phone:

### MEDICAL HISTORY

Does your child have problems with any of the following? If yes, explain.

Diabetes:

High blood pressure:

Clotting disorder:

Bleeding disorders:

Heart defect/disease:

Seizures:

Ear infections:

Poison Ivy:

**Explain:**

Date and explanation of any operations or serious injury.

Does your child have asthma?

If yes, does he/she carry an inhaler?

Does your child have hearing/vision problems?

Does he/she use hearing aid/glasses?

Does your child have any allergies to food, bees or medications? Please explain.

Please list ALL current medications.

Will your child need to take his/her medication while at camp?

Does your child have any behavioral/psychological problems that need to be discussed with our camp staff?

Any dietary restrictions?

**Is your child physically and emotionally able to participate in an active camp program? YES or NO**

### VACCINATION INFORMATION

Please attach a copy of camper's immunizations records. All applicants must have proof of Varicella (chickenpox), Haemophilus influenza type B (bib), and Hepatitis B vaccinations prior to the start of camp.

### FREE/REDUCED LUNCH

Please supply a copy of the lunch notification from the school administrator

And please sign this waiver:

I hereby give the Haverstraw Center Summer Day Camp permission to request from the North Rockland Central School District Food Service Program proof of free or reduced-price lunch.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### PAYMENT INFORMATION

Person Responsible for Payment: \_\_\_\_\_

Name

Address

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

### FOR INTERNAL USE ONLY

Index Card \_\_\_\_\_

Completed Application \_\_\_\_\_

Immunization Record \_\_\_\_\_

Camper Birth Certificate \_\_\_\_\_

Copy of Utility bill \_\_\_\_\_

Trip Waiver \_\_\_\_\_

Release/Waiver/Consent \_\_\_\_\_

Total Fee Due: \$ \_\_\_\_\_

Paid by: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Initial Payment \$ \_\_\_\_\_ Partial Full

Receipt # \_\_\_\_\_

Person(s) authorized to p/u camper: \_\_\_\_\_



**CAMPAMENTO DE DÍA (DAY CAMP) DE LA VILLA DE HAVERSTRAW - SOLICITUD 2018**

APLICACIÓN 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: \_\_\_\_\_

**Village of Haverstraw Day Camp  
Release, Waiver and Consent Form**

I am the parent/legal guardian of \_\_\_\_\_, who is, with my permission, a participant in the village camp program. In the event that I am not immediately available, should the participant suffer a serious or life-threatening injury for which emergency medical treatment may be necessary, I hereby authorize an appropriate adult staff member to engage qualified medical personnel to initiate any necessary medical treatment or care. In the event of such an injury, it is understood that camp staff will use all reasonable efforts to notify me (or the emergency contact listed on my child's application), where practical, prior to initiating medical treatment for any such injury to the participant. Should neither party be available, I hereby give permission to any such physician or other medical personnel to provide medical treatment deemed medically appropriate.

I understand and agree that I am responsible for all medical care expenses incurred to treat the Participant's injuries including, without limitation, physician, hospital, lab, drug and device expenses. The following policies or coverage are available to cover the cost of care to treat any injury incurred by the participant:

Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy# \_\_\_\_\_  
Signature of  
Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I authorize my child to walk or bike home after the Village of Haverstraw Day Camp Program. This permission slip grants permission for **child to leave camp WITHOUT adult supervision.**

Signature of  
Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

There is no place to lock up valuables of any kind therefore; we recommend that participants do not bring electronics, large sums of cash, and other expensive items such as jewelry to camp. We suggest permanent labels for all your child's things but ultimately, participants are responsible for their belongings at all times.

I read the above information and understand that Village of Haverstraw Day Camp will not assume responsibility for ANY lost, stolen, or damaged items that are brought to camp.

Signature of  
Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**CAMPAMENTO DE VERANO 2018**  
**Villa de Haverstraw, New York, 10927**

Yo padre/madre/Guardián de \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo(a) participar en el campamento de verano. Autorizo que en caso de que mi niño (a) sufra una herida o necesite tratamiento médico de urgencia y yo no pueda estar presente, permito que el personal del campamento provea la información necesaria al médico para iniciar cuidado médico a mi hijo(a). Entiendo que el personal del Campamento hará todo lo posible para localizarme o a la persona en la lista de contacto de emergencia, antes de iniciar cualquier procedimiento médico. De no estar disponibles ninguna de las partes, autorizo al personal médico de proveer asistencia médica adecuada.

Nombre del Seguro Médico \_\_\_\_\_ Póliza# \_\_\_\_\_  
Firma del padre/  
Madre / Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
**Este consentimiento permite que el niño(a) abandone el campamento sin supervisión de un adulto.**

Autorizo a mi niño(a) irse en bicicleta al finalizar el día.

Firma del padre/  
Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El Campamento no tiene lugar para guardar artículos personales de valor, por lo tanto, sugerimos que los participantes no traigan artículos electrónicos, dinero o joyas. Cada participante es responsable por sus pertenencias, pero en caso de que sea necesario traerlas, favor de ponerle el nombre del niño(a).

He leído toda la información y entiendo que el Campamento de Verano de la Villa de Haverstraw no tomara responsabilidad alguna por artículos personales.

Firma del Padre/  
Madre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PHOTO, PRESS, AUDIO, AND ELECTRONIC MEDIA RELEASE**  
**FOR MINORS**

**NAME OF PARTICIPANT:**

\_\_\_\_\_

(LAST) (FIRST) (MIDDLE)

**NAME OF PARENT/GUARDIAN:** \_\_\_\_\_

**ADDRESS:**

\_\_\_\_\_

**CITY:** \_\_\_\_\_ **STATE:** \_\_\_\_\_

**ZIP CODE:** \_\_\_\_\_

**PHONE:** ( \_\_\_\_\_ ) **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

I/We understand that when participating in Haverstraw Center activities the registrant may be photographed for print, video, or electronic imaging and I/we thereby consent to the use of such images in promotional materials, news releases, and other published formats.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian)

**Autorización para la publicación de fotos, audio e imágenes de menores**

**Nombre del participante:**

\_\_\_\_\_  
(Apellido  
nombre)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Segundo

**Nombre del Padre/Madre/Guardian:**

\_\_\_\_\_

**Dirección:**

\_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Numero de Teléfono:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Entiendo que al participar en actividades del Centro Comunitario, el solicitante puede ser fotografiado o grabado con fines publicitarios. Yo doy consentimiento que dichas imágenes sean utilizadas para materiales promocionales del Centro Comunal.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_