

Village Of Haverstraw

2021 Summer Camp Fact Sheet

- **Camp Fees: Village Residents- \$ 450.00 per child**
Non-Residents- \$ 675.00 per child
- **10% Discount for sibling registrations**
- **After Camp Program \$200 for 6.5 weeks**
- **Late pick up fee = \$10 per hour**

Payment is due at registration

- **Camp starts Wednesday July 7th ends Friday August 20th**
- **Camp day- 9:00 am to 3:00 pm**
After Camp Program Available from 3-5:30PM – see flyer
- **Ages – 6 years old (entering 1st grade) through 14 years old**
- **Breakfast and lunch is provided**
- **Applications being accepted on a first come, first served basis**
- **125 children accepted**
- **Refunds issued in the event of summer school (proof required)**

Return Applications to Village Hall: 40 New Main St., Haverstraw

DOCUMENTS NEEDED FOR REGISTRATION

1. Immunization Record
2. Birth Certificate
3. Copy of Utility Bill
4. Release, Waiver and Consent form
5. Photo, Press, Audio & Electronic Media Release for Minors
6. Payment (**There will be a \$75 fee for any returned checks**)
7. Completed Application

**ALL APPLICATIONS MUST BE COMPLETE BEFORE
BEING ACCEPTED**

(Village Staff cannot make any exceptions – Please don't ask.)

Villa de Haverstraw

Campamento de Verano 2021

- Precios: **Residentes de la Villa - \$ 450.00 / por niño (a)**
NO residente - \$ 675.00 / por niño (a)
- **10% De descuento para familias con más de un niño registrado con Tarifas regular**
- **Ofrecemos cuidado de niños al finalizar el campamento - \$200 por 6 semanas y media**
- **Se cobra \$10.00 adicionales por cada hora que se demore en recoger su niño (a)**

El pago debe efectuarse al momento de la matrícula

- El programa comenzara el **miércoles 7 de Julio** y finaliza el **viernes 20 de Agosto**
- El horario del campamento será de 9:00 am – 3:00 pm
Cuido de niños disponible desde 3 hasta 5:30 pm – vea el folleto
- Las edades de los participantes deben estar entre las edades de 6 a 14 años
- El programa ofrecerá desayuno y almuerzo diariamente
- Las aplicaciones se aceptaran en orden de llegada
- El espacio es limitado. **Tenemos capacidad para 125 niños**
- Se emitirán reembolsos **SOLO** aquellos niños que asistirán a clases de verano, siempre y cuando obtengamos prueba por escrito del Distrito Escolar.

**Favor de regresar la aplicación a: Villa de Haverstraw,
40 New Main Street, Haverstraw**

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA REGISTRACIÓN

1. Certificado de vacuna
2. Certificado de nacimiento
3. Factura de servicios públicos (ejemplo: gas/ luz/ agua o cable)
4. Formulario de autorización/consentimiento/exoneración
5. Formulario autorizando la toma de fotos, audio e imágenes electrónicas de su menor
6. Pago (**habrá un cargo de \$75 dólares por cheques sin fondo**)
7. La solicitud debe estar completa

**ANTES DE INICIAR EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN LA SOLICITUD DEBE
ESTAR DEBIDAMENTE COMPLETADA
(No haremos excepciones de ninguna clase)**

VILLAGE OF HAVERSTRAW 2021 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:

Email:

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.

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 _____
 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: _____

CAMPAMENTO DE DÍA (DAY CAMP) DE LA VILLA DE HAVERSTRAW - SOLICITUD 2021APLICACIÓN DEL CAMPAMENTO APLICACIÓN PARA EL CUIDO DE NIÑOS

Tarifa del Campamento \$ _____ Tarifa para después del Campamento \$ _____ 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:

Correo Electrónico:

¿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.

Persona Responsable del pago: Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono del Hogar: _____ Teléfono de Empleo: _____

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: _____



40 New Main Street
Haverstraw, New York 10927
Tele: (845) 429-0300 Fax: (845) 429-0353

Village of Haverstraw Day Camp 2021 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. I understand that the Village of Haverstraw is not responsible for any medical care 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: _____



40 New Main Street
Haverstraw, New York 10927
Tele: (845) 429-0300 Fax: (845) 429-0353

CAMPAMENTO DE VERANO 2021

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: _____

VILLAGE OF HAVERSTRAW

HAVERSTRAW CENTER

Marion Breland, LCSW, CASAC, CPP
Director of Youth and Family Services
(845) 429-5731

Peter Fata, LMSW, CASAC
Assistant Director of Municipal Counseling Services
(845) 429-5796 (fax)

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)

50 West Broad Street, Haverstraw, New York 10927

VILLAGE OF HAVERSTRAW

HAVERSTRAW CENTER

Marion E. Breland, LCSW, CASAC, CPP
Director of Youth and Family Services
(845) 429-5731

Peter Fata, LMSW, CASAC, CPP
Assistant Director of Youth and Family Services
(845) 429-5796 (fax)

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

Nombre del participante:

(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

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:** _____
(Padre/ Madre/ Guardian)