

# Village of Haverstraw

## Campamento de Verano 2022

- 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 **6 de Julio** y finaliza el viernes **19 de Agosto**
- El horario del campamento será de 9:00 am – 3:00 pm  
**Cuido de niños disponible desde 3:00 pm 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)**

# VILLA DE HAVERSTRAW – CAMPAMENTO DE VERANO 2022

<input type="checkbox"/> Aplicación del Campamento   Tarifa \$ _____	<input type="checkbox"/> Aplicación Para Cuido De Niños   Tarifa \$ _____	<b>Total \$</b> _____
--	---	-----------------------

<b>Información del Participante</b>	Nombre de Niño/Niña:			Fecha De Nacimiento:			
	Edad:	Varon / Hembra	Teléfono:	Email:			
	Nombre de Pariente/Guardian legal:						
	Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
	¿Ha asistido antes al campamento?	SÍ	NO	Si respondió que sí, ¿cuántas veces?			
	¿Puede nadar en agua profunda?	SÍ	NO	Persona autorizada Para recoger al niño			
	Tamaño de camiseta (marque uno):		<u>Niño</u>	S	M	L	XL
			<u>Adulto</u>	S	M	L	XL

<b>Contacto de Emergencias</b>	Nombre			Relación		
	Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
	Teléfono (Hogar)		Teléfono (Celular)		Teléfono (Trabajo)	

<b>Historial Médico</b>	¿Tiene su niño/niña problemas con alguno de los siguientes problemas? Si responde que sí, explique.					
	<input type="radio"/> Diabetes		<input type="radio"/> Presión Alta		<input type="radio"/> Pobre Coagulación de Sangre	
	<input type="radio"/> Flujo de Sangre		<input type="radio"/> Defecto Cardíaco		<input type="radio"/> Ataques	
	<input type="radio"/> Infección de Oído		<input type="radio"/> Alergias de la piel			
	Explique aquí:					
	¿Asma? SÍ NO			¿Problemas de oído/visión? SÍ NO		
	Si respondió que sí, ¿trae un inhalador? SÍ NO			¿Usa su niño/a algún aparato para oír o lentes? SÍ NO		
	¿Tiene su niño/a alguna alergia a comidas, abejas, o a los medicamentos? Por favor, explique:					
	Por favor, indique TODOS los medicamentos que está tomando actualmente:					
¿Tendrá su niño/a que tomar su medicación durante el campamento? SÍ NO						
¿Tiene su hijo algún problema de comportamiento o condición psicológica que debe ser compartida con los consejeros del campamento?						
¿Restricciones alimentarias?						
<b>Es su niño física y emocionalmente capaz de participar en un programa activo? SÍ NO</b>						

<b>Vacunas</b>	Favor de incluir copias de documentos medicos 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 .
----------------	--

<b>Pagos</b>	Nombre del responsable de pago _____
	Dirección: _____
	Teléfono (Hogar, Trabajo, Celular) _____ , _____ , _____



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

## CAMPAMENTO DE VERANO 2022

*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 E. Breland, LCSW, CASAC, CPP*  
*Director of Youth and Family Services*  
*(845) 429-5731*  
*(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 Posta** \_\_\_\_\_

**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)

*50 West Broad Street, Haverstraw, New York 10927*