

VILLAGE OF HAVERSTRAW

2025 SUMMER CAMP REGISTRATION

Join us for an exciting and fun-filled summer at the VOH Summer Camp! Our Camp offers a wide variety of activities designed for children aged 6 to 14.

Spots are limited, so be sure to register early!

Camp Details

- Camp Rates: **Village Resident:** \$500 **Non-Resident:** \$750
- Camp Dates: Monday July 7th – Friday August 15th
- Camp Hours: 9:00 am – 3:00 pm (late pick up fee \$10 per hour)
- After-Camp Program: 3:00pm - 5:00 pm for additional \$250
- Age: For children aged 6 (entering 1st grade) through 14 years old
- Location: Haverstraw Community Center – 50 West Broad St, Haverstraw NY

Additional Information

- Capacity: 125 children accepted (applications accepted on first-come, first-serve basis)
- Discount: 10% off for sibling registrations
- Refunds: Refunds are available in the event of summer school attendance (proof required).

Required Documents:

1. Completed Application & Forms
2. Immunization Records
3. Utility Bill (for Village Residents Only)
4. Birth Certificate
5. Full Payment is required at the time of registration (Note:\$75 fee for returned checks)

ALL paperwork must be completed before the application is accepted

Please submit completed application and documents to :

Haverstraw Village Hall

40 New Main Street, Haverstraw NY

VILLA DE HAVERSTRAW

CAMPAMENTO DE VERANO 2025

¡Únase a nosotros para un verano emocionante y lleno de diversión en el campamento de verano de VOH! Nuestro camp ofrece una amplia variedad de actividades diseñadas para niños de 6 a 14 años.

¡Las plazas son limitadas, así que asegúrese de registrarse con anticipación!

Detalles del campamento

- Precios: **Residente de la Villa:** \$500 **No Resident:** \$750
- Fechas: Lunes 7 de Julio – Viernes 15 de Agosto
- Horario: 9:00 am – 3:00 pm (\$10 por hora por recoger tarde)
- Cuido de niños: 3:00pm - 5:00 pm por un costo adicional de \$250
- Edad: Para niños de 6 años (que ingresan al 1.er grado) hasta 14 años
- Ubicacion: Centro Comunitario de Haverstraw, 50 West Broad St, Haverstraw NY

Información Adicional

- Capacidad: Aceptamos 125 niños (las solicitudes se aceptan por orden de llegada)
- Descuento: 10% de descuento para inscripciones de hermanos
- Reembolsos: Reembolsamos en caso de Asistencia a la Escuela de Verano (se requiere prueba)

Documentos Requeridos:

1. Solicitud y formularios completos
2. Registros de vacunacion
3. Factura de sevicios publicos (solo para residentes del pueblo)
4. Acta de Nacimiento
5. Se requiere el pago total al momento de la inscripcion(Nota: cargo de \$75 por cheques devueltos)

TODO el papeleo debe completarse antes de que se acepte la solicitud.

Envie la solicitud complete y los documentos a :

Alcaldia de Haverstraw

40 New Main Street, Haverstraw NY

VILLAGE OF HAVERSTRAW - 2025 SUMMER CAMP

<input type="checkbox"/> Camp Application Fee \$ _____	<input type="checkbox"/> After Camp Application Fee \$ _____	Total Fee \$ _____
--	--	---------------------------

Camper Information	Name of Child:			Date of Birth:
	Age:	Male / Female	Phone:	Email:
	Name of parent(s)/Legal Guardians(s):			
	Address:		City:	State: ZIP:
	Attended Camp Before? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		If Yes, How Many Times?	
	Able to swim in deep water? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Person Authorized To Pick Up Camper	
	T-Shirt Size (Circle One): <u>Youth</u> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> <u>Adult</u> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>			

Emergency Contact	Name:			Relationship:
	Address:		City:	State: ZIP:
	Home Phone	Cell Phone	Work Phone	

Medical History	Does your child have problems with any of the following? If yes, explain.			
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	<input type="checkbox"/> Clotting Disorder	<input type="checkbox"/> Bleeding Disorders
	<input type="checkbox"/> Heart Defect/Disease	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Ear Infections	<input type="checkbox"/> Poison Ivy
	Explain:			
	Asthma? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Hearing/vision problems? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	If YES, does he/she carry an inhaler? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Does he/she use hearing aid/glasses? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	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? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

Vaccines	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	Name of Person Responsible for Payment _____
	Address _____
	Home Phone _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

VILLA DE HAVERSTRAW – CAMPAMENTO DE VERANO 2025

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

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

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

Historial Médico	¿Tiene su niño/niña problemas con alguno de los siguientes problemas? Si responde que sí, explique.			
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Pobre Coagulación de Sangre	<input type="checkbox"/> Flujo de Sangre
	<input type="checkbox"/> Defecto Cardíaco	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Infección de Oído	<input type="checkbox"/> Alergias de la piel
	Explique aquí:			
	¿Asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Problemas de oído/visión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
	Si respondió que sí, ¿trae un inhalador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Usa su niño/a algún aparato para oír o lentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
¿Tiene su hijo algún problema de comportamiento o condición psicológica que debe ser compartida con los consejeros del campamento?				
¿Restricciones alimentarias?				
Es su niño física y emocionalmente capaz de participar en un programa activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				

Vacunas	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 .
----------------	--

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

I give permission for my child/children to (list all):

➤ To swim at trips to:

Rockland Lake State Park, Congers, NY..... July 8, 14, 17, 21, 28, 31, August 4, 11, 14, 2025

Parent/Guardian Signature Date

➤ To participate in the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Hi-Tor Bowl/Breaking Point Ent. West Haverstraw, NY**, on July 10, 24, August 7, 12, 2025 and in the event of inclement weather.

Parent/Guardian Signature Date

➤ To participate in the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Theater, Rockland, NY** on July 18, 25, August 1, 8, 2025 and in the event of inclement weather.

Parent/Guardian Signature Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Playland Park, Rye, NY** on July 11, 2025

Parent/Guardian Signature Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **The Castle, NY** on July 16, 2025

Parent/Guardian Signature Date

➤ To swim at the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Splashdown Water Park, Fishkill, NY** on July 23, 2025

Parent/Guardian Signature Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Turtle Back Zoo, West Orange, NJ** on July 30, 2025

Parent/Guardian Signature Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Medieval Times, Lyndhurst, NJ** on August 6, 2025

Parent/Guardian Signature Date

I give permission for my child/children to (list all):

➤ To swim at trips to:

Rockland Lake State Park, Congers, NY..... July 8, 14, 17, 21, 28, 31, August 4, 11, 14, 2025

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To participate in the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Hi-Tor Bowl/Breaking Point Ent. West Haverstraw, NY**, on July 10, 24, August 7, 12, 2025 and in the event of inclement weather.

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To participate in the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Theater, Rockland, NY** on July 18, 25, August 1, 8, 2025 and in the event of inclement weather.

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Playland Park, Rye, NY** on July 11, 2025

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **The Castle, NY** on July 16, 2025

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To swim at the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Splashdown Water Park, Fishkill, NY** on July 23, 2025

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Turtle Back Zoo, West Orange, NJ** on July 30, 2025

Parent/Guardian Signature

Date

➤ To attend the Village of Haverstraw Day Camp trip to **Medieval Times, Lyndhurst, NJ** on August 6, 2025

Parent/Guardian Signature

Date



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

Village of Haverstraw Day Camp 2025 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 2025

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 caminando o 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
(845) 429-5796 (fax)*

2025

**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
(845) 429-5796 (fax)

2025

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

Nombre del participante:

(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Nombre del Padre/Madre/Guardian:

Dirección:

Cuidad: _____ **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)

50 West Broad Street, Haverstraw, New York 10927

The Village of Haverstraw Children's Day Camp Activity Release and Medical Consent Form



Release of Liability

I understand that some activities at The Village of Haverstraw Children's Day Camp may be hazardous and pose a risk to my child's personal safety. Therefore, I hereby release The Village of Haverstraw Day Camp, its staff, coordinators, workers and The Village of Haverstraw from any liability for injuries that may occur during my child's participation in camp activities.

Child/Children's Name: _____

Parents Name: _____ **Parents phone number:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

Medical Release Form – Minor

I consent to the participation of my child(ren) in the activities provided by The Village of Haverstraw Children's Day Camp, including but not limited to activities such as the use of Bouncy Houses and other camp-related activities. I understand that these activities may involve physical exertion and potential risks. I certify that to the best of my knowledge and subject to the limitations listed below, my child is physically capable of participating in the activities described above and has the basic skills necessary to participate in the activities so that his/her participation will not pose any undue risk to his/her health or health and safety of others.

Health Conditions (if any):

In the event of an emergency, if I cannot be reached at the contact number listed below, I authorize camp staff to seek medical treatment for my child, including transportation to the nearest medical facility if necessary. I understand that The Village of Haverstraw does not assume responsibility for any damage or injury resulting from such medical treatment.

Relationship to Child: _____

Emergency Contact Number: _____

Phone Number: _____

Parent/Guardian Name: _____

I certify that I will immediately inform The Village of Haverstraw Day Camp if there is any change in the information provided above. I understand that this consent and certification is valid unless revoked by me.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Please inform The Village of Haverstraw Children's Day Camp of any changes in the information provided.

La Villa de Haverstraw Campamento de Verano

Autorización de Actividad y Consentimiento Médico



Liberación de responsabilidad

Entiendo que algunas actividades en la Villa de Haverstraw campamento de Verano para niños pueden ser peligrosas y representar un riesgo para la seguridad personal de mi hijo. Por lo tanto, por la presente libero a La Villa de Haverstraw Campamento de verano, a su personal, coordinadores, trabajadores y a La Villa de Haverstraw de cualquier responsabilidad por las lesiones que puedan ocurrir durante la participación de mi hijo en las actividades del campamento.

Nombre del niño/nios: _____

Nombre de los padres: _____ **Numero de telefono de padres:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Medical Release Form – Minor

Doy mi consentimiento para la participación de mi(s) hijo(s) en las actividades proporcionadas por La Villa de Haverstraw competent de Verano para niños , que incluyen, entre otras, actividades como el uso de casas inflables y otras actividades relacionadas con el campamento. Entiendo que estas actividades pueden implicar esfuerzo físico y riesgos potenciales. Certifico que, a mi leal saber y entender, y sujeto a las limitaciones que se enumeran a continuación, mi hijo es físicamente capaz de participar en las actividades descritas anteriormente y tiene las habilidades básicas necesarias para participar en las actividades de modo que su participación no represente ningún riesgo indebido para su salud o la salud y seguridad de los demás.

Condiciones de Salud (si algunas):

En caso de una emergencia, si no me pueden localizar al número de contacto que figura a continuación, autorizo al personal del campamento a buscar tratamiento médico para mi hijo, incluido el transporte al centro médico más cercano si es necesario. Entiendo que The Village of Haverstraw no asume responsabilidad por ningún daño o lesión que resulte de dicho tratamiento médico.

Relacion al niño(s): _____

Contacto de Emergencia: _____

Numero de Telefono: _____

Nombre de Pariente/Tutor: _____

Certifico que informaré inmediatamente La Villa de Haverstraw Campamento de verano si hay algún cambio en la información proporcionada anteriormente. Entiendo que este consentimiento y certificación son válidos a menos que yo los revoque.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Informe al campamento diurno infantil The Village of Haverstraw sobre cualquier cambio en la información proporcionada.