

CAMPAMENTO DE DÍA (DAY CAMP) DE LA VILLA DE HAVERSTRAW SOLICITUD 2011

INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|-----------|
| Nombre de Niño/Niña: | | | |
| Fecha de nacimiento: | Edad: | Varón o Hembra | Teléfono: |
| Nombre de pariente/guardián legal: | | | |
| Dirección corriente: | | | |
| Pueblo: | 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 de Hogar: |
| Pueblo: | 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 un 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 us 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/pegar 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 Varicella (chickpox), Haemophilus influenzae 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 a el departamento de comida del Distrit o Escolar de North Rockland

Nombre _____ Fecha _____

FOR INTERNAL USE ONLY

| | |
|--------------------------------|---|
| Completed Application _____ | Camp Fee: \$ _____ |
| Immunization Record _____ | Paid by: _____ |
| Camper Birth Certificate _____ | Phone #: _____ |
| Copy of Utility bill _____ | Cash or Check # _____ |
| Index Card _____ | |
| Trip Waiver _____ | Person(s) Authorized to pick-up Camper: _____ |
| Walker Waiver _____ | |

Application Processed By: _____
Date: _____