

CAMPAMENTO DE DÍA (DAY CAMP) DE LA VILLA DE HAVERSTRAW SOLICITUD 2010

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 sicológica 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: _____