



**WALTHAM
BOYS & GIRLS CLUB**

Watch City Aplicación de Campamento

AHORRE TIEMPO ... REGÍSTRESE EN LÍNEA: WALTHAMBGC.ORG

Horarios de atención del campamento: 8:00AM – 4:00 PM

Antes de entregar esta aplicación, por favor asegúrese de que haya llenado y firmado todo. Su solicitud NO será aceptada hasta que todos los formularios estén completos.

Los formularios son los siguientes:

- Formulario de registraci3n
- Formulario de inscripci3n (*historial m3dico, contacto de emergencia, formulario de autorizaci3n*)
- Formulario de medicaci3n/administraci3n
- P3lizas de colegiatura
- Formulario de reconocimiento de exenci3n y riesgo
- Exenci3n para escalar muros (disponible solo para campistas de 9 a3os en adelante)
- Favor de incluir una copia de un examen f3sico y record de vacunaci3n con la solicitud del campamento. Los ex3menes f3sicos deben de haberse realizado dentro de los 18 meses posteriores al campamento. Las vacunas requeridas por el Comit3 de Salud para que su hijo participe se encuentran en la p3gina 9 de esta aplicaci3n.
Si desea aplicar para una beca, por favor incluya una copia de su declaraci3n de impuestos del 2020

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con Waltham Boys & Girls Club al (781) 893-6620.

Las familias y los campistas deben ver obligatoriamente un video de orientaci3n para el campamento antes de asistir. Este se le enviar3 por correo electr3nico despu3 de registrarse.

Este campamento de Waltham Boys & Girls Club debe cumplir con las regulaciones del Departamento de Salud P3blica de Massachusetts (105 CMR 430.000) y est3 autorizado por el Comit3 de Salud de Waltham.

Iniciales del padre/guardi3n legal _____

Staff Intake Initials _____



Formulario de Registración para el Campamento Watch City

Información del campista

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado 2021-2022: _____ #de teléfono: _____

Dirección de donde vive el niño : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Idioma Principal : _____ Sexo (circule): Hombre Mujer Prefiero no revelar

Por favor marque las sesiones a las que su hijo asistirá:

Debe estar en el grado entrante apropiado para el año escolar 2021-2022

Fechas de las Sesiones del Campamento Watch City	Temas del Campamento	Aventureros Junior (Gr. 1-2)	Aventureros (Gr.3-5)	Aventureros Mayores (Gr. 6 -8)
Sesión 1 28 de junio-9 de Julio *cerrado el 5 de Julio	Hollywood Fiesta en los EEUU			
Sesión 2 12 de Julio-23 de Julio	Deportes Espacio Exterior			
Sesión 3 26 de Julio- 6 de Agosto	Juegos Olímpicos Alrededor del mundo			
Sesión 4 9 de Agosto-20 de Agosto	Superheroes Disney			
Sesión 5 23 de Agosto-27 de Agosto *Sesion de 1 semana	Semana de la competencia de color			

- o Este verano, a excepción de la Sesión 5, cada sesión del campamento durará 2 semanas, Las sesiones no se pueden dividir en semanas separadas.
- o Todas las sesiones del campamento se llevarán a cabo en el Club. DEBE pagar por cada sesión en su totalidad una semana antes del inicio de esta sesión. Si no se realiza el pago, perderá el lugar de su hijo/a y su depósito.
- o Becas disponibles: incluya la solicitud de beca con este paquete antes del 3 de Mayo para ser considerado.

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____

Información del Padre/Guardián Legal

Nombre: _____	Nombre: _____
Su relación al niño: _____	Su relación al niño: _____
Tel. de Casa: _____	Tel. de casa: _____
Tel. Celular: _____	Tel. Celular: _____
Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____	Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____

Contactos de Emergencia/Autorizados para recoger (además de los padres/guardianes legales)

Nombre: _____	Nombre: _____
Su relación al niño: _____	Su relación al niño: _____
Tel. de Casa: _____	Tel. de Casa: _____
Tel. Celular: _____	Tel. Celular: _____
Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____	Tel. del Trabajo: _____ Ext: _____

Información Médica

Compañía de seguro médico: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de póliza: _____

Doctor de cabecera: _____ Número de Tel.: _____

¿Dietas especiales, limitaciones o preocupaciones?

Allergias

Temporales _____ Comidas _____ Picaduras de insecto _____ Otras _____

Por favor explique la reacción y gravedad: _____

Medicamentos para las alergias: _____

Medicamentos

¿Traerá su hijo algún medicamento (incluidos los de venta libre) al campamento? (circule uno) Sí No

Si la respuesta es "Sí", debe completar un formulario de información sobre medicamentos en la página siguiente.
Un médico DEBE completar un Plan de atención médica individual para niños con condiciones de salud crónicas.

Bloqueador solar/Repelente de insectos

Por favor indique cuáles de los siguientes se le pueden ofrecer a su hijo/a si es necesario.

Bloqueador Solar _____ Repelente de Insectos con Deet _____

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____

2021 Medicación, EpiPen, y Inhalador Formulario de Administración

Debe completarse para cualquiera o todos los medicamentos que se llevarán y se administrarán en el campamento. Por favor lea: Los medicamentos recetados, incluidos los epi-pens e inhaladores, deben incluir la etiqueta de la farmacia con el número de receta, el nombre del medicamento, la dosis, las instrucciones de uso y el nombre del niño o del personal. Los medicamentos sin receta deben estar en sus envases originales, claramente etiquetados con el nombre del niño y las instrucciones de uso. Todos los medicamentos deben guardarse en un área designada. Favor de completar la siguiente sección con respecto a las horas y dosis apropiadas de cada medicamento que su hijo/a recibirá en el Waltham Boys & Girls Club (adjunte formularios adicionales si es necesario). Firme al final de la página.

Nombre del niño /a: _____

Nombre de Medicamento 1						
¿Por qué se toma este medicamento?						
Días que se debe tomar (por favor circule)	L	M	M	J	V	<input type="checkbox"/> Según sea necesario
Horario en que se toma (sea específico)	_____	AM	PM	Otro horario	_____	Dosis _____
¿Hay notas o instrucciones adicionales para este medicamento?						

Nombre de Medicamento 2						
¿Por qué se toma este medicamento?						
Días que se debe tomar (por favor circule)	L	M	M	J	V	<input type="checkbox"/> Según sea necesario
Horario en que se toma (sea específico)	_____	AM	PM	Otro horario	_____	Dosis _____
¿Hay notas o instrucciones adicionales para este medicamento?						

TIPO DE INHALADOR			
Ubicación del inhalador	almacenamiento seguro designado	con el campista	con el guía del campamento
¿Quién puede administrar inhaladores? (circule uno)			Personal Calificado Campista

TIPO DE EPI-PEN			
Ubicación de EpiPen en el campamento (circule uno)	almacenamiento seguro designado	con el campista	con el guía del campamento
¿Quién puede administrar Epi-Pen? (circule uno)			Personal Calificado Campista

Yo doy permiso para que Waltham Boys & Girls Club administre los siguientes medicamentos a mi hijo/a durante su asistencia al campamento.

Firma de Padre/Guardián Legal _____ Fecha _____

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____

Campamento Watch City Pólizas de la Cuota

COLECTA Y PROCEDIMIENTOS DE LA CUOTA

El balance de la cuota debe pagarse en su totalidad una semana antes del inicio de la sesión del niño. Si su pago no es recibido una semana antes del inicio de la sesión, perderá el lugar de su hijo.

Iniciales requeridas a continuación:

_____ Los padres / tutores deben pagar la tarifa de matrícula semanal independientemente de si su hijo asiste al programa o no (por ejemplo: día de enfermedad, citas con el médico) y si hay un día de cierre requerido por parte del Comité de Salud.

_____ Entiendo que no se aceptará a mi hijo/a en el campamento si está enfermo, tiene fiebre y / o responde "sí" a cualquier pregunta en la encuesta de salud. También entiendo que buscaré cuidados alternativos para el día y no recibiré un reembolso.

_____ Entiendo que si el Club cierra el grupo de campamento de mi hijo, se me reembolsaran los días perdidos

TARIFAS Y PÓLIZAS DE SALIDA / RECOGIDA TARDÍA

Recogida tarde: A los padres se les cobrará \$1.00 por minuto por niño/a si el niño/a es recogido después de las 4:00 pm. Cada niño debe ser recogido antes de las 4:00 pm.* Todos los cargos por retiro tardío después de las 4:00 pm deben pagarse al momento del retiro.

En el caso de que un padre no se haya comunicado con el director del campamento antes de las 4:15 pm, llamaremos a la lista de contactos de emergencia del padre / tutor para organizar la recogida. Si antes de las 4:45 pm no se puede establecer contacto con el padre / tutor del niño o con los contactos de emergencia, es parte de la póliza del Waltham Boys & Girls Club llamar a la Unidad de Emergencia del Departamento de Niños y Familias. Los miembros del personal seguirán las instrucciones dadas por el Departamento de Niños y Familias en cuanto a los arreglos adicionales necesarios. Se informará a los padres que se comuniquen con el Departamento de Niños y Familias para obtener más instrucciones.

Registración de Campamento y Cuota de Matrícula

Las inscripciones para los cupones de cuidado infantil de Massachusetts deben presentarse en persona en el Club.

Sesion 1 \$450 *Cerramos el 5 de julio Sesion 2 O 3 O 4 \$500 Sesion 5 \$250 (1 sesión de una semana)

Información de Becas

Se otorgan cantidades diferentes dependiendo de la necesidad financiera.

Fecha límite de solicitud de beca : 3 de Mayo

Yo he leído lo anterior y estoy de acuerdo con la póliza y procedimientos indicados anteriormente.

Firma de Padres/Guardianes Legales _____ Fecha _____

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____

Reconocimiento de Riesgos y Exenciones

Iniciales requeridas a continuación:

_____ Autorizo al personal del campamento de verano que está capacitado en los conceptos básicos de primeros auxilios / resucitación cardiopulmonar para dar a mi hijo primeros auxilios / resucitación cardiopulmonar cuando sea apropiado.

_____ Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en caso de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo. Sin embargo, si en el caso de una lesión, o si se requiere atención de emergencia y no pueden comunicarse conmigo, autorizo al personal de Waltham Boys & Girls Club a firmar para recibir atención médica de emergencia para mi hijo.

_____ Doy permiso a mi hijo para participar en todas las actividades de natación, mientras esté inscrito en el programa de campamento de verano. Entiendo que mi hijo deberá realizar una prueba de natación para determinar su habilidad para nadar. Entiendo que mi hijo será supervisado por salvavidas certificados, así como por personal del campamento de verano. También entiendo que mi hijo tendrá que llevar un traje de baño y una toalla para participar en cualquier actividad de natación.

_____ Doy permiso a mi hijo para que asista a todos los mini viajes a pie locales mientras esté inscrito en el programa de campamento de verano. Entiendo que si mi hijo no asiste a la excursión, por cualquier motivo, NO se proporcionará cuidado alternativo. NO se otorgará reembolso por el día y NO se prorrateará las sesiones semanales.

_____ Doy mi consentimiento para que las fotografías, audio y grabaciones de video de mi campista sean utilizadas por Waltham Boys & Girls Club y sus socios con fines publicitarios.

_____ Doy permiso para que el Club realice una encuesta a mi hijo sobre su experiencia y comportamientos, habilidades y actitudes en el Club utilizando el Kit de herramientas de medición de resultados de Boys & Girls Clubs of America (BGCA) u otros instrumentos de encuesta. Doy mi permiso a WBGC para compartir información sobre mi hijo con fines de investigación y / o para evaluar la efectividad del programa. Toda la información compartida se mantendrá confidencial a través de datos de desidentificación o intercambio de información en conjunto.

_____ Entiendo y acepto que cualquier trabajo creativo desarrollado por los participantes y miembros que participen en actividades en un club o programa de WBGC, incluidas, entre otras, composiciones musicales, letras, grabaciones u otras obras de arte o tecnología creativas por parte del miembro individual o colectivamente con cualquier otro personal o miembros o de otro tipo, es propiedad única y exclusiva de WBGC.

_____ Doy mi permiso al Waltham Boys & Girls Club y a la escuela de mi hijo para intercambiar información sobre mi hijo. La información que se compartirá puede incluir la información proporcionada en este formulario de solicitud de membresía, registros escolares que involucren el progreso, comportamiento y asistencia del estudiante, y otra información recolectada por Waltham Boys & Girls Club y el Departamento Escolar, incluidos los datos recolectados a través de encuestas o pruebas. El propósito de este intercambio es ayudar a ambas organizaciones a hacer un mejor trabajo para ayudar a los estudiantes a tener éxito en la escuela y fuera de ella. Esta autorización es válida por un año y puede revocarse comunicándose con la escuela de mi hijo por algo escrito.

_____ Entiendo y reconozco que mi campista puede participar en una variedad de actividades que incluyen; natación, juegos al aire libre, deportes, escalar, excursiones fuera del sitio y otras actividades físicas rigurosas. Por la presente libero y descargo, y aceptó indemnizar y eximir de responsabilidad al Waltham Boys & Girls Club y a sus funcionarios, directores, miembros, agentes, empleados, voluntarios y cualquier otra persona o entidad en su nombre, contra todos los reclamos, demandas y causas de acciones de cualquier índole, ya sean de derecho o de equidad, relacionadas o derivadas de cualquier participación, tratamiento médico, recomendación, transporte o administración, o cualquier falta.

He leído lo anterior y estoy de acuerdo con la póliza y los procedimientos indicados anteriormente.

Firma de Padre/Guardián Legal _____ Fecha _____

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____



**WALTHAM
BOYS & GIRLS CLUB**

***!Solo para campistas de 9 años en adelante!
Exención para Escalar el Muro Interior***

El muro para escalar SOLO está disponible para jóvenes de 9 años en adelante. Para que un miembro pueda participar en el muro para escalar, el Waltham BGC debe tener un formulario de autorización firmado por el padre / tutor del miembro en nuestros archivos.

Nombre de Escalador _____

Edad de Escalador _____ Fecha de Nacimiento _____

Solo se permite escalar cuando el muro para escalar está abierto y el personal está en servicio.

1. Todos los escaladores cumplirán con la opinión y las decisiones del personal de guardia.
2. Todos los escaladores deben tener archivada una renuncia de responsabilidad firmada.
3. Solo se permitirá escalar en el muro con la aprobación del personal.
4. No se permitirán zapatos de suela dura o pies descalzos en el muro para escalar. Se requieren zapatos deportivos / tenis.

He leído y entiendo los puntos anteriores y al firmar este formulario, indico que yo y mi hijo/a estamos de acuerdo en seguir las reglas anteriores. Entiendo y reconozco que la actividad en la que yo y mi hijo/a estamos a punto de participar voluntariamente conlleva ciertos riesgos conocidos y riesgos imprevistos que podrían resultar en lesiones, muerte, enfermedad, daño físico o mental a mí mismo/a mi hijo/a, a mi propiedad o para espectadores u otras terceras personas. Acepto eximir de responsabilidad e indemnizar al Waltham Boys & Girls Club, sus empleados, patrocinadores o agentes.

Firma _____

(Padre o guardian legal de participante menor)

Nombre de Padre o Guardián Legal (en letra de molde) _____

¿Conoce o ha sido informado de alguna condición médica que tenga que le impida participar de manera segura en las actividades para escalar el muro de roca? SÍ NO (circule uno) En caso afirmativo, explique brevemente

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____

Vacunas para niños Asistiendo al Campamento de Verano Watch City requeridas por el Comité de Salud

Lleve este documento al consultorio de su doctor para asegurarse de que su hijo esté actualizado.

Grades Kindergarten – 6

Los requisitos de kinder se aplican a todos los estudiantes ≥ 5 años.

DTaP	5 dosis; Se aceptan 4 dosis si la 4 ^a dosis se administra al cumplir los 4 años o después. DT solo es aceptable con una carta que indique una contraindicación médica para DTaP.
Polio	4 dosis; La cuarta dosis debe administrarse al cumplir los 4 años o después y ≥ 6 meses después de la dosis anterior, o se requiere una quinta dosis. Se aceptan 3 dosis si la 3 ^a dosis se administra al cumplir 4 años o después y ≥ 6 meses después de la dosis anterior.
Hepatitis B	3 dosis; evidencia de laboratorio de inmunidad es aceptable
MMR	2 dosis; la primera dosis debe administrarse en o después del primer cumpleaños y la segunda dosis debe administrarse ≥ 28 días después de la dosis 1; prueba de laboratorio de inmunidad es aceptable
Varicella	2 dosis; la primera dosis debe administrarse en o después del primer cumpleaños y la segunda dosis debe administrarse ≥ 28 días después de la dosis 1; un historial confiable de varicela * o evidencia de laboratorio de inmunidad aceptable

Grades 7 – 12

Los requisitos del séptimo grado se aplican a todos los estudiantes ≥ 12 años.

Tdap	1 dosis; y antecedentes de la serie primaria de DTaP o vacunación de recuperación apropiada para la edad. Se puede contar la Tdap administrada a los ≥ 7 años, pero se recomienda una dosis entre los 11 y 12 años si la Tdap se administró antes como parte de un programa de actualización. Se debe administrar Td si han pasado ≥ 10 años desde la Tdap.
Polio	4 dosis; La cuarta dosis debe administrarse al cumplir los 4 años o después y ≥ 6 meses después de la dosis anterior, o se requiere una quinta dosis. Se aceptan 3 dosis si la 3 ^a dosis se administra al cumplir 4 años o después y ≥ 6 meses después de la dosis anterior.
Hepatitis B	3 dosis; prueba de laboratorio de inmunidad es aceptable. Se aceptan 2 dosis de Heplisav-B administradas a los 18 años de edad o después.
MMR	2 dosis; la primera dosis debe administrarse en o después del primer cumpleaños y la segunda dosis debe administrarse ≥ 28 días después de la dosis 1; prueba de laboratorio de inmunidad aceptable
Varicella	2 dosis; la primera dosis debe administrarse en o después del primer cumpleaños y la segunda dosis debe administrarse ≥ 28 días después de la dosis 1; un historial confiable de varicela * o evidencia de laboratorio de inmunidad aceptable

* Requisitos del Comité de Salud de Waltham

Iniciales del padre/guardián legal _____

Staff Intake Initials _____