Collier Youth Services

KATERI DAY CAMP

2026 Aplicación Campista

Camp Dates: June 22 – August 7
(Closed July 3)
Monday –Friday 9:00-3:00
Application Deadline: May 1, 2026

160 Conover Road, Wickatunk, NJ 07765
(p) 732-946-9694 www.katericenter.org
(fax) 732-946-9785

Complete y devuelva un formulario por niño con una cuota de inscripción familiar de $40 por familia

Información de contacto principal y camper:

Nombre del Campista_____ Fecha de nacimiento_____
Edad en el momento del campamento_____
Nombre de la escuela _____ El Género: M F Grado en 2026 SEPTIEMBRE _____
Nombre del padre/tutor _____Relación con camper_____

Dirección postal_____
Dirección de la calle/Apt# Ciudad Estado Código postal
Teléfono del Hogar _____Teléfono Celular_____ Teléfono de Trabajo _____

CORREO ELECTRÓNICO_____
¿Cuántos veranos ha asistido su hijo a KDC? _____

Contactos De Emergencia:

Por favor, proporcione **dos** personas adicionales que no sean los padres/tutores mencionados anteriormente. Los contactos de emergencia deben ser capaces de recoger esta caravana si no se puede contactar al padre/tutor.

Nombre del primer contacto _____ Relación con campista_____
Teléfono Del Hogar _____Teléfono Celular_____ Teléfono de Trabajo _____

Nombre del segundo contacto _____ Relación con campista _____
Teléfono Del Hogar _____Teléfono Celular_____ Teléfono de Trabajo _____

Pagar por el campamento :

(Por favor, compruebe el espacio junto a la financiación que se aplica a usted)

_____ Pagaré por el campamento. Entiendo que el campamento cuesta $400/semana. Llamaré a Kateri Day Camp para un horario de pago. Los cheques se pueden hacer pagaderos a Collier Youth Services.

_____ Estoy solicitando una ACAMPADA (Si no puede pagar el campamento y no tiene financiación externa, puede solicitar una ACAMPADA. Adjunte una carta expresando su necesidad de ayuda. Debe agotar todas las fuentes de financiación externas antes de solicitar la acampada. Comuníquese con Child Care Resources al 732-918-9901 para ver si califica para recibir asistencia.)

_____ Me comuniqué con LOS RECURSOS DE CUIDADO INFANTIL DEL CONDADO DE MONMOUTH que pagarán por Camp. Estoy inscrito en:

_____Work First (Trabajo primero)
_____New Jersey Cares for Kids (Nueva Jersey cuida a los niños)
_____ Monmouth County Targeted Population (Población objetivo del condado de Monmouth)
_____ Grandparents Respite Program (Programa de relevo de abuelos)

_____Me comuniqué con el DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN INFANTIL y PERMANENCIA (DCP&P/DYFS) que estarán pagando por el campamento.

_____ _____
Nombre de Caseworker/Persona Responsable del Pago (CCR o DCPP) **Número de teléfono y extensión**

Prada De Autobus: Utilizando la LISTA ADJUNTA DE NÚMEROS DE AUTOBÚS Y PARADAS, elija su número de autobús y

Número de autobús _____ Carta de parada de autobús _____

Su parada de autobús por la mañana y por la tarde debe ser la misma. Para la seguridad de su hijo, un adulto debe estar en la parada de autobús cuando el autobús recoge y deja a su hijo. Por favor, esté en la parada al menos quince minutos antes.

Consentimiento de los padres/tutores:

Afirmo que soy el padre/tutor del niño mencionado anteriormente y autorizo a Collier Youth Services a admitir a mi hijo en kateri Day Camp. Mi hijo puede participar en todas las actividades del campamento: incluyendo, pero no limitado a: natación, deportes, juegos, curso de cuerdas, senderismo, estudio de la naturaleza, artes y artesanías, tiro con arco y alfabetización

- Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en excursiones bajo la supervisión adecuada de Kateri Day Camp.
- Doy mi consentimiento para que el campamento use fotografías/videos de mi hijo.
- Entiendo que Collier Youth Services no es responsable de los artículos perdidos y entiendo que los artículos de gran valor no deben ser llevados al campamento. Los campistas no deben llevar electrónica, juguetes, juegos, comida, goma de mascar o dulces al campamento.
- Si mi hijo requiere atención médica de emergencia y no puedo ser contactado, doy mi consentimiento a los Servicios Juveniles de Collier para obtener la atención de emergencia necesaria. Acepto pagar cualquier costo asociado con el cuidado que recibe mi hijo.
- He leído y acepto los términos descritos en el manual de padres.

No quiero que mi hijo haga excursiones. Mira aqui_____
No quiero que el campamento use fotos/videos de mi hijo. Mira aquí _____

_____ _____ _____
Nombre del padre/tutor (impresión) **Firma** **Fecha**

Información sobre seguridad/salud:

Registros de inmunización: Se debe recibir una copia de los registros de inmunización Los registros de inmunización se pueden enviar por fax directamente desde el consultorio del médico a Kateri Day Camp- fax #732-946-9785.

Enfermedad crónica (asma, convulsiones, diabetes, etc...)_____

Nombre del medicamento recetado _____ Dosificación_____Días/Tiempo(s) para Administrar _____
(Los medicamentos recetados deben enviarse en el frasco original. Por favor, entregue a Kateri Bus Staff en el primer día de campamento, 23 de junio de 2025.)

Alergias _____

Alergias alimentarias: _____
(Debe ir acompañado de una declaración médica por escrito si está solicitando adaptaciones o sustituciones)

Necesidades especiales/preocupaciones de comportamiento: _____

Actividades en las que mi hijo no puede participar:_____

Por favor, circule SÍ o NO

Protector solar: El personal de Kateri tiene permiso para proporcionar o aplicar protector solar cuando sea necesario. YES NO
Reacción alérgica de emergencia: El personal de Kateri tiene permiso para distribuir Benadryl. YES NO
Ibuprofeno/Paracetamol: El personal de Kateri tiene permiso para distribuir. YES NO

¿Cuáles son sus metas para su hijo en el campamento? _____

Autorización

Hasta donde yo sé, esta historia es correcta y completa. No conozco ninguna razón para restringir la actividad del solicitante y dar mi permiso para participar en todas las actividades, excepto como se señala específicamente en este documento.

_____ _____ _____
Nombre del padre/tutor (impresión) **Firma** **Fecha**