



1 Febrero, 2010

Estimados Campistas y Padres/Tutor,

¡Los Voluntarios Optimistas para la Juventud (OVY) están invitando a los jóvenes entre las edades de 10-13 años a disfrutar de una increíble semana de diversión en este campamento de verano! OVY tiene un personal talentoso y diverso dispuesto a proporcionar seguridad y una experiencia educativa para cada campista. Nuestro campamento incluye muchas actividades divertidas y emocionantes como excursiones, manualidades, natación, juegos, y tiro con arco, así como la oportunidad de hacer nuevos amigos. ¡Esperamos que usted decida unirse a nosotros para esta emocionante aventura al aire libre!

Fechas de Campamento:

Sesiones para Niños

1ra Sesión: Comienza el Domingo, 11 de Julio y termina el Viernes, 16 de Julio

3ra Sesión: Comienza el Domingo, 25 de Julio y termina el Viernes, 30 de Julio

Sesiones para Niñas

2da Sesión: Comienza el Domingo, 18 de Julio y termina el Viernes, 23 de Julio

4ta Sesión: Comienza el Domingo, 1 de Agosto y termina el Viernes 6 de Agosto

Información Importante

Los campistas tendrán que llegar al campamento entre las horas de 10 y 11 AM del Domingo.

- La primera comida será la del almuerzo a las 12:00 PM.
- Los campistas deben ser **recogidos a las 11 AM el viernes**.
- Siempre que sea posible, animamos que los campistas lleguen en vehículos acompañados con otros campistas.
- Sesión de preferencia será por orden en cual lleguen los campistas.

Costo del Campamento: Un no-reembolsable de \$20 pago por familia de ser incluido en los registros del campista.

Formas de Registración

Vienen dos formas añadidas: (1ra) Formulario de 3-páginas y (2da) 2-páginas de formularios médicos.

- Ambas formas deben ser completadas para cada campista
- Asegúrese de marcar la **Casilla de Preferencia de la Sesión** en su formulario de inscripción.
- Las Pólizas y **Condiciones del Contrato** deben ser firmadas por el campista y los padres
- El **Formulario Médico** debe ser firmado por los padres.
- Si el campista tiene medicamentos con receta, por ejemplo, los inhaladores, cremas, o medicamentos diarios, la página dos del formulario de la salud debe ser firmada por su médico.

¡OVY está emocionado de que se una a nosotros este verano para una increíble experiencia de campamento!
Por favor póngase en contacto conmigo si tiene alguna pregunta o inquietud.

Harry Greenwood
OVY Campamento
408 – 378 – 7439
ovycamp@gmail.com

OVY Campamento de Verano 2010

Formulario de Registración

Por favor escriba claramente y devuelva las formas a:

OVY Camp
PO Box 5495
Redwood City, CA 94063

Nombre del Campista _____
Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre

Address (dirección) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad de Campista * _____ Grado escolar, Invierno 2010)* _____

***Los campistas deben de estar entre las edades de 10-13 años o ingresando a 5-9 grado.**

Genero/Sexo: M F Ha asistido Ovy Campamento en el pasado? Yes No

Padre/Tutor _____
Apellido Nombre

número de teléfono de Casa _____ número de teléfono de día _____

número de teléfono Celular _____ Correo Electronico _____

Solicitud de Pareja de Cabaña _____

Deben de ser de 1 año de edad de diferencia y la solicitud debe de ser mutua

SESIONES DE CAMPAMENTO

SOLICITUD DE SESION:

¡Por favor marque su casilla de preferencia! Haremos todo lo possible para acomodarlos. Aplique pronto para garantizarle un lugar. ¡Este campamento se llena!

Solamente Niños

1ra Sesión – Julio 11 – Julio 16

3ra Sesión – Julio 25 – Julio 30

Solamente Niñas

2da Sesión – Julio 18 – Julio 23

4ta Sesión – Agosto 1 – Agosto 6

Costo de Registración

Hay una tasa no-reembolsable de \$20 por familia.

Por favor incluya un cheque o giro postal a Ovy.

He cerrado \$20 en la forma de: Cheque Giro Postal

HOJA INFORMATIVA DEL CAMPISTA

Esta información se le dará en confianza a cada líder de cabana del campista la primera noche de campamento. Esta diseñado para que nos ayude a conocer mejor al campista y hacer su estancia en el campamento genial.

Nombre del Campista: _____ Alias que prefiere el campista: _____

¿Cuáles son los principales intereses y pasatiempos del campista? _____

¿Tiene el campista algunos temores de campar (o en general) _____

¿Que es lo que usted espera que el campista aprenda este año durante su estancia en el campamento? _____

¿En el pasado, ha estado el campista fuera de casa durante un largo periodo de tiempo? _____

¿Como escuchaste del OVY Programa de Campamento?

- Amigo/a Escuela Miembro de OVY Previo Participante
 Folleto por correo Periódico Otro: _____

¿Esta usted mandando medicamentos al campamento con el campista? Si No

Motivo de la Medicación: _____

¿Existen efectos secundarios de este medicamento? _____

¿En alguna ocasión, se ha negado el campista a tomar medicamentos? Si No

¿En caso que si, cuales fueron los efectos? _____

El niño/a necesita un inhalador, nebulizador u otros dispositivos médicos que llevara al campamento.

Debe cargarlo con él/ella en el campamento

Lo registrare al llegar al campamento

Por favor describa las reacciones alérgicas a las picaduras de insectos, picaduras, y una nota de tratamiento es requerida: _____

¿El campista llevara una epi-pen? Si No

Por Favor, describa las **restricciones dietéticas** y/o alergias a alimentos. Por favor, indique si se trata de medicos, religiosos o de otro tipo: _____

¿Hay algo más que le gustara decirle al Personal del Campamento? _____

CAMPAMENTO OVY

POLICAS Y CONDICIONES DE INSCRIPCION

Campamento OVY hace hincapié en el *respeto* en todas las áreas que consistan de una experiencia campista. Para lograr este objetivo, las siguientes son algunas de nuestras condiciones y pólizas.

Padres y Tutores:

Por favor, lea las pólizas con su campista y firme a continuación para demostrar que ha leído y entendido.

1. El Campista, y sus padres o tutores se comprometerán en cumplir las normas y reglamentos establecidos por el campamento para la salud, la seguridad y el bienestar de todos los campistas.
2. Se espera que los campistas utilicen un lenguaje adecuado, no se permite fumar o masticar tabaco, o poseer materiales para fumar, y puede usar o poseer bebidas alcohólicas o drogas ilegales.
3. Todos los medicamentos, drogas, aspirina, jarabe para la tos, etc. deben mantenerse en la Casa de Campo en virtud a la Salud bajo el control del Director del Campamento.
4. Entrada y salida de llamadas de teléfono solo se permitirán cuando si previamente se han puesto de acuerdo con el Director del Campamento. Por Favor, tenga a su campista acudir a nuestro personal para organizar una llamada a casa si es necesario.
5. Los campistas no pueden recibir visitas.
6. Radios, reproductores de cintas, walkman, reproductores de MP3, videojuegos etc. no están permitidos en el campamento.
7. Los campistas deben permanecer en sus cabañas después de que las luces estén apagadas, "lights out."
8. Todas las pertenencias personales deben permanecer en campamento desbloqueadas. El campamento de Directores se reserva el derecho a mirar a través de las pertenencias de cualquier campista por artículos inadecuados si se considera necesario.
9. Durante el periodo de las sesiones de campamento, si ambos padres o tutores dejan su lugar de residencia por un periodo prolongado de tiempo, la Oficina del Campamento debe ser notificada en cuanto a donde pueden ser localizados en caso de una emergencia (650) 747-0321.
10. El Campamento no se hace responsable de artículos de ropa o efectos personales que se hayan perdido o dañado.
11. Acoso racial y sexual, o cualquier otro tipo de acoso, no está permitido mientras que asistan al campamento.
12. La lucha libre y Violencia no están permitidas o serán toleradas.
13. Todas las normas y teléfono se aplican estrictamente. Cualquier acto(s) criminal(s) o incumplimiento de las normas del Campamento puede resultar en el despido inmediato de los campamentos.
14. **Padre/Madre/tutor de la firma a continuación, reconoce que el o ella es responsable de proveer transporte a casa, si el campista no puede completar un periodo de sesiones debido a la nostalgia, enfermedad o comportamiento inapropiado. Si el transporte debe ser provendido, el padre/tutor o organización patrocinadora se encargará de los gastos de transporte.**

Reconocido por:

_____ Nombre del Campista	_____ Firma del Campista	_____ Fecha
_____ Nombre del Padre/Tutor	_____ Firma del Padre/Tutor	_____ Fecha

CAMPAMENTO OVY - FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Complete un formulario por niño/a; Todos los medicamentos mandados al campamento seran dados al Director del Campamento. Por favor, ponga las botellas del medicamento en bolsas de plastico y un sello con el nombre del campista.

Las instrucciones del Doctor son requeridas si es una receta medica. Vea la pagina 2 de este formularia.

Nombre del Niño/a _____ M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección _____ Apt. _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Telefono de Casa _____
 Nombre de Padre/Tutor _____ Nombre de Padre/Tutor _____
 Emplador _____ Emplador _____
 Numero de día de Padre/Tutor _____ Numero de día de Padre/Tutor _____
 Numero telefonico de Celular _____ Numero telefonico de Celular _____

<p>Seguro de Salud/Medico</p> <p>Numero de Polica: _____ Doctor de la Familia: Dirección: _____ teléfono: _____ Dentista Familiar: teléfono: _____ Fecha de Immunizacion del Tetano: _____</p> <p>REGISTRO DE SALUD (Verifica condiciones aplicables o alergias) <input type="checkbox"/> Infeccion de Oido <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Piquetes de Insectos <input type="checkbox"/> Veneno de Roble <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Sonabulismo <input type="checkbox"/> Pesadilla <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Estrenimiento <input type="checkbox"/> Bi-Polar <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Obsesivo/Compulsivo <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Agresion hacia otros <input type="checkbox"/> Agresivo contra el/ella <input type="checkbox"/> Huir <input type="checkbox"/> Abuso de: Fisico, emocional, sexual <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio: Anorexia, Bulimia, Comer en exceso <input type="checkbox"/> Mojar la cama <input type="checkbox"/> Restricciones Dieteticas: Intolerancia de Glucosa, Intolerancia de Lactos <input type="checkbox"/> Comportamiento</p> <p>Problemas: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p>Operaciones, lesiones graves, enfermedades, restricciones a la actividad fisica: _____ _____ _____</p>	<p>Información de Emergencia</p> <p>Las personas autorizadas para ser llamadas en caso de emergencias cuando los padres no pueden ser localizados. Se requiere al menos otros dos contactos diferentes de los padres.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre</th> <th style="text-align: left;">teléfono</th> <th style="text-align: left;">relación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p>Autorización de liberación del niño/a La personas autorizadas para recoger a los ninos/as de la instalacion. (Los padres deben de ser añadidos por igual)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre</th> <th style="text-align: left;">teléfono</th> <th style="text-align: left;">relación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p>Persona NO AUTORIZADA para recoger a nino/a de la intalacion:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nombre</th> <th style="text-align: left;">teléfono</th> <th style="text-align: left;">relación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p>Nino/a esta bajo la custodia de (marque uno): <input type="checkbox"/> Padre y madre <input type="checkbox"/> solamente madre <input type="checkbox"/> solamente padre <input type="checkbox"/> otro: _____</p> <p>Nino/a vive con (marque uno): <input type="checkbox"/> padre y madre <input type="checkbox"/> solamente madre <input type="checkbox"/> solamente padre <input type="checkbox"/> otro: _____</p>	Nombre	teléfono	relación	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Nombre	teléfono	relación	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Nombre	teléfono	relación	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre	teléfono	relación																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
Nombre	teléfono	relación																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										
Nombre	teléfono	relación																										
_____	_____	_____																										
_____	_____	_____																										

AUTORIZACION DE PADRE/TUTOR

Este historial de salud es correcto, y a lo que yo se, aqui la persona tiene el permiso de participar en todas las actividades del programa prescrito. Yo doy permiso al medico seleccionado por OVY de ordenar Rayos -X, pruebas de rutina, y tratamiento para la salud de mi hijo, y en el evento que no me puedan localizar en caso de emergencia, yo doy permiso al medico seleccionado por OVY de hopitalizar, garantizar el tratamiento adecuado, y inyectar y/o anestesiar y/o hacer cirugia para el nino/a nombrado arriba. Reconociendo que OVY hara todo lo posible para garantizar una experiencia segura, entiendo que ciertos peligros o accidentes pueden ocurrir. Por la presente, libero toda responsabilidad de OVY de toda responsabilidad de cualquier naturaleza, incluidas la reclamaciones de lesiones, enfermedades, muerte, perdida o danos, como resultado de la participacion de mi hijo/a en las actividades del programa. Fotos de mi hijo/a pueden ser utilizados/as como fines de promocion. Este formulario puede ser fotocopiado para su uso fuera del sitio principal del programa. Yo autorizo al personal de OVY de aplicar proteccion solar a mi hijo/a a la piel expuesta, en la medida de lo necesario.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Solicitud de la Medicacion y Instrucciones del Medico

Seccion 1: Instrucciones del Medico para un problema cronico y aguda		
Si su nino/a esta bajo cuidado medico por un problema agudo o cronico, su medico necesita saber que el nino/a va estar fuera de casa durante varios dias. Por favor, pidale al medico que le de Instrucciones para el espacio en cual se va a encontrar su nino/o para la atencion de el/ella.		
Seccion 2: Prescripcion Medica (El medicamento debe estar en su contenedor de prescripcion)		
Imprima el Nombre del Nino/a (Apellido, Nombre)	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento
Solicito que mi hijo (nombre anterior) sea asistido/a por una persona autorizada en la toma de la medicacion prescrita (descrito mas adelante) en el campamento OVY, en cumplimiento con el programa de policas y procedimientos.		
Firma de padre/tutor custodial	Fecha firmada	Telefono de Casa

Medicamentos

Descripciones de medicacion prescrita debe ser completada por el medico del nino/a

	Nombre de la Medicina 1.	Nombre de la Medicina 2.	Nombre de la Medicina 3.
Razon de Medicamento			
Horario del Medicamento			
Dosis Prescrita			
Forma de Dosis (Liquido, tableta, etc.)			
Fecha de Prescripcion			
Longitud de tiempo Medicacion es Necesaria			
Precauciones, instrucciones especiales, posible efectos o adversos, o comentarios:			

Completado por Medico

Imprima Nombre del Medico:	El nino/a anterior, para quien la medicacion es prescrita Esta bajo mi cuidado.
Direccion (Calle, ciudad, estado, y codigo postal)	Telefono:
Firma del Medico:	Fecha Firmada: