

2026 Aplicacion Kampamento Kiwanis® Club



Por favor enviar a:

Kamp Kiwanis
9020 Kiwanis Road
Taberg, NY 13471
Tel: (315) 336-4568
kamp@kampkiwanis.org
www.kampkiwanis.org
facebook.com/KampKiwanisNY



PARA USO DE LA OFICINA

Date Received	_____
CD Approval	_____
Date Entered	_____
Date Completed	_____
Health Center	_____
SN Space	_____

2026 Aplicación

Aplicaciones no serán procesadas a menos que incluyen depósitos y la aplicación sea completada.
El depósito de \$200.00 por kampista, por sesión no es reembolsable. *Por favor imprimir en tinta.*

Nombre de Kampista _____ / _____ / _____ Apodo _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Genero: _____ Calificación de otoño de 2025 de Kamper _____

Mes

Día

Año

Escuela/Agencia _____ Idiomas que hablan _____

CIT Programa (15-17 & kampista anteriormente)? S N Necesidades Especiales? S N Silla de ruedas? S N

Silla de ruedas mecánica? S N

Padre/Guardián #1

Nombre _____

Ultimo 4 # de Seg Soc XXX-XX- _____ None _____

Relación al kampista _____

Idiomas que hablan _____

Teléfono de Trabajo _____

Teléfono de Casa/Celular _____

Correo Electronico _____

Ocupación _____

Dirección _____
No. de Casa _____ Calle _____ # Aptos _____

Quien es el guardián legal del kampista? _____ Teléfono _____

Como se entero del Kampamento Kiwanis? _____

Padre/Guardián #2

Nombre _____

Ultimo 4 # de Seg Soc XXX-XX- _____ None _____

Relación de kampista _____

Idiomas que hablan _____

Teléfono de Trabajo _____

Teléfono de Casa/Celular _____

Correo Electronico _____

Ocupación _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Club Patrocinador _____ Club Pagador _____

Contacto: _____ Teléfono: _____ Coreo Electrónico: _____

Registración Pagado por el Club Kiwanis

Inscriba me en:	Programa	Fechas	Tarifa de Kampo	Tarifa de Autobús	Conducira	Parada de Autobús: Indicar
	Nino/a Sesión 1	Domingo, Julio 5-Sabado, Julio 11 *Semana del alergia a las nueces	\$900.00	\$250.00		
	Nino/a Sesión 2	Domingo, Julio 12-Sabado, Julio 18 *Semana del alergia a las nueces	\$900.00	\$250.00		
	Nino/a Sesión 3	Domingo, Julio 19-Sabado, Julio 25	\$900.00	\$250.00		
	Nino/a Sesión 4	Domingo, Julio 26-Sabado, Ago. 1	\$900.00	\$250.00		
	Nino/a Sesión 5	Domingo, Ago. 2-Sabado, Ago. 8 *Semana del alergia a las nueces	\$900.00	\$250.00		
	Nino/a Sesión 6	Domingo, Ago. 9-Sabado, Ago. 15 *Semana del alergia a las nueces	\$900.00	\$250.00		

Perfil de Kampista Kiwanis

Para ser completado por Padre/Guardián

Nombre de Kampista

Esta información ayudara al personal en la prestación de la estructura, apoyo, y sensibilidad su kampista necesita para una exitosa experiencia de kampamento. Perfiles son tratados confidencialmente y vistos solamente por personal adecuado.

- Su kampista puede solicitar a un (1) amigo/a con el cual le gustaría compartir la habitación. Ambos kampistas deben ser del mismo genero y del mismo grupo de edad. (**Esta solicitud debe ser presentada por ambos campers para ser considerada y no se puede garantizar**).

Nombre de Amigo/a: _____ Edad: _____

- Por favor marque cualquier cambio reciente (en los últimos 2 años) que el kampista se esta ajustando a:

- ____ Nuevo Hogar/Vecindad
- ____ Nueva Escuela
- ____ Dificultad en la Escuela
- ____ Nuevo Hermano/Hermana
- ____ Nuevo Empleo de Los Padres
- ____ Perdida del Trabajo de Los Padres
- ____ Muerte de Pariente o Amigo/a
- ____ Matrimonio de Pariente o Amigo/a
- ____ Divorcio de Padres
- ____ Separación de Padres
- ____ Perdida de Mascota
- ____ Perdida de Amigo/a Cercano
- ____ Separación de Cuidadores & Hermanos
- ____ Adopción
- ____ Enfermedad Grave Largo Plazo/Problema de Salud
 Niño/a Padre/Guardián Otro
- ____ Ninguno de Estos Son Aplicables A Mi Kampista

Otras preocupaciones o acontecimientos que tenga?

- Ha tenido el kampista algún incidente traumático?

Si _____ No _____ Explique: _____

- La situación familiar del kampista es: (Marque todo lo que corresponda)

- ____ Padres/Guardiánes Están Juntos
- ____ Padres/Guardiánes Están Separados
- ____ Padres/Guardiánes Están Divorciados
- ____ Padre(s)/Guardián(es) Ha Fallecido
- ____ Vive En Casa de Padre/Guardián Soltero
- ____ Vive Con Un Padre Biológico y Un Compañero Padrastro/Madrastra
- ____ Separado de Padres Biológicos
- ____ Vive Con Cuidadores de Crianza Temporal
- ____ Vive Con Hermanos Biológicos
- ____ Separados de Hermanos Biológicos
- ____ Vive Con Hermanastro(s)/Hermanastras(s)
- ____ Vive Con Otros Niños/A De Crianza Temporal

Otro? _____

- Con qué frecuencia duerme el camper fuera de casa?
Nunca _____ A Veces _____ A Menudo _____

- Planes/programas de manejo del comportamiento que mi kampista puede responder a: _____

- Formas en que este kampista recibe disciplina incluyen: _____

- Formas en que este kampista recibe elogios incluyen: _____

- Este kampista es mi....

Kampista Biológico Kampista de Crianza Temporal
Kampista Adoptado Cliente

Otro _____

- Hay alguna preocupación o restricción de custodia con respecto a quien puede tener contacto con este kampista?
Si _____ No _____ Si es así, por favor envíe el acuerdo de custodia y por favor detalle: _____

- Por favor indique el nombre y relación al kampista y la edad de todas las personas que viven con el kampista:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>
---------------	-----------------	-------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

- Información adicional sobre mi kampista que podría ser útil para el personal del kampamento:

Los requisitos de aceptación y participación para el programa y todas las actividades son iguales sin importar raza, color, origen nacional, género, edad, o discapacidad, y no habrá discriminación durante el servicio de comidas.

Perfil de Kampista Kiwanis (cont.)

Nombre de Kampista _____

Por favor indique todos los rasgos de personalidad y comportamiento que se aplican a este kampista

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amistoso | <input type="checkbox"/> Dificultad Haciendo Amistades | <input type="checkbox"/> Cooperativo | <input type="checkbox"/> Problemas Con La Comida |
| <input type="checkbox"/> Introvertido | <input type="checkbox"/> Lanza Objetos | <input type="checkbox"/> Aprende Rápido | <input type="checkbox"/> Dificultad Siguiendo Instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Creativo | <input type="checkbox"/> Muy Cerca Con Hermanos/Primos | <input type="checkbox"/> Llora Frecuencia | <input type="checkbox"/> Artístico |
| <input type="checkbox"/> Vengativo | <input type="checkbox"/> Emocionalmente Maduro | <input type="checkbox"/> Lanza Berrinches | <input type="checkbox"/> Robando |
| <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Limitado Auto-Manejo/Higiene | <input type="checkbox"/> Toma Iniciativa | <input type="checkbox"/> Buen Sentido del Humor |
| <input type="checkbox"/> Pelea | <input type="checkbox"/> Dice Malas Palabras | <input type="checkbox"/> Se Burla | <input type="checkbox"/> Se Ensucia |
| <input type="checkbox"/> Muy Tímido | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Huye/Se Escapa | <input type="checkbox"/> Respetuoso |
| <input type="checkbox"/> Fumar | <input type="checkbox"/> Dificultades Para Leer o Escribir | <input type="checkbox"/> Modelo Positivo | <input type="checkbox"/> Dificultad Con Hermanos/Primos |
| <input type="checkbox"/> Golpearse La Cabeza | <input type="checkbox"/> Cantos/Gritos | <input type="checkbox"/> Vagancia | <input type="checkbox"/> Agitar Las Manos/Girar Las |
| <input type="checkbox"/> Golpea A Si Mismo | <input type="checkbox"/> Empuja a Otros | <input type="checkbox"/> Se Muerde | <input type="checkbox"/> Manos |
| <input type="checkbox"/> Golpea A Otros | <input type="checkbox"/> Come Sustancias No Comestibles | <input type="checkbox"/> Muerde a Otros | <input type="checkbox"/> Se Rasguña |
| <input type="checkbox"/> Ecolalia | <input type="checkbox"/> Bofetea a Otros | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Patea a Otros |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Rasguña a Otros | <input type="checkbox"/> Jugador de Equipo | <input type="checkbox"/> Amable Con Los Demás |
| | | | <input type="checkbox"/> Le gusta Ayudar |

• El/la kampista asistió al Kampamento Kiwanis antes?
Si ____ No ____ Que año comenzó? _____
Cualquier problema o preocupación? _____

• El/la kampista asistió a otro campamento antes?
Si ____ No ____ Por el dia ____ Pora dormir ____
Donde? _____
Cualquier problema o preocupación? _____

• Con que frecuencia el kampista orina la cama?
Nunca ____ Raramente ____ Frecuentemente ____
• Tiene el kampista miedo al agua/actividades acuáticas?
Si ____ No ____ Comentarios _____

• Tiene el kampista miedo a la oscuridad o la noche?
Si ____ No ____ Comentarios _____

• El/la kampista sonámbula, tiene pesadillas, u otros trastornos del sueño?
Si ____ No ____ Comentarios _____

• Este kampista esta inscrito en estas clases en la escuela:
Regular_____ Incorporado_____
Temas Especiales _____

• Tiene el kampista un ayudante en la escuela?
So ____ No ____ Comentarios _____

• El/la kampista participa en actividades y programas después de la escuela o en la comunidad?
Si ____ No ____ Programa/Actividades: _____

• Se le ha pedido al kampista que se vaya de otro campamento, programas después de la escuela o en la comunidad?
Si ____ No ____ Año ____
Donde? _____
Comentarios _____

• Tiene este kampista un historial de ocasionar incendios?
Si ____ No ____ Año ____
Comentarios _____

• Ha estado involucrado este kampista con el Sistema judicial?
Si ____ No ____ Año ____
Razón _____
Comentarios _____

• Ha estado este kampista bajo hospitalización medica o psiquiátrica? Así si, por favor envíe los documentos necesarios.
Si ____ No ____ Año ____
Diagnósticos _____
Comentarios _____

* Si por razones psiquiátrica, envíe informe de comportamiento

• Describa los sentimientos del kampista acerca de ir al campo:
Emocionado Contento Aprendivo Temeroso
Enojado Curioso Ansioso Impaciente

Nombre de Persona Completando Perfil _____ Relacion al kampista _____

Acuerdo Padre/Guardián

Esta secciones deben ser leídas y firmadas antes de que su kampista puede ser aceptado en el kampamento.

Si mi kampista es aceptado, estoy de acuerdo:

- Permitir que mi kampista participe en todas la actividades excepto aquellas medicamente prohibidas.
- Otorgo al Kampamento Kiwanis y agentes plena autoridad para tomar medidas que consideren necesarias con respect a la salud y seguridad de mi kampista, y libero al Kampamento Kiwanis de cualquier responsabilidad con los mismos.
- Enviar medicamentos necesarios en botellas originales y cantidad suficiente para la duración de la estancia del kampista.
- Notificar al Kampamento de cambio en mi información de contacto (es decir, cambio de dirección o # de teléfono).
- Que el formulario de salud esta completa y es correcto por lo que se.
- Instruir a mi kampista en la importancia de conocer y cumplir con las reglas, reglamentos, y procedimientos del kampamento para la seguridad de los participantes en el kampamento.
- Autorizar a agencias de servicios sociales, escuelas, clínicas, y/o medicos profesionales divulgar información que el director del kampamento considera necesario para planificar mejor para mi kampista en el kampamento.
- Hay ciertos riesgos y peligros inherentes a los eventos y programas del kampamento y, en particular, pero no limitado a las actividades de natación, canotaje, caminatas, artes & manualidades, obras de teatro , ciclismo, pesca y deportes.
- **El Kampamento Kiwanis tiene el derecho de hacer cumplir los estándares de conducta y el Kampamento puede terminar la participación de mi kampista en el programa si el/ella no mantiene los estándares. Si la participación de mi kampista es terminada, yo recogeré y transportare a mi kampista por mi cuenta.**
- El Kampamento Kiwanis observara todas las precauciones razonables en la prestación para el cuidado y la protección de mi kampista. Al firmar esta aplicación, por la presente libero y mantengo al Kampamento Kiwanis, NY District Kiwanis, NY District Circle K, NY District Key Club, Aktion Clubs, Builders Clubs, K-Kids Clubs, Kiwanis Clubs, Circle K Clubs, Key Clubs, Kiwanis International, Kiwanis International Children's Fund, y el NY District Kiwanis Foundation, Inc, sus directores, oficiales, empleados, agentes, miembros, y representantes de cualquiera y todos los daños, reclamos, lesiones, y responsabilidades de cualquier tipo, *incluyendo pero no limitado a reclamos por lesiones corporales o Perdida o dano a prpiedad personal*, que pueda surgir de la asistencia de mi kampista en el Kampamento y de su participacion en cualquiera de las actividades mientras en la asistencia en el Kampamento y/o eventos patrocinados por el kampamento.

Yo doy permiso:

- Para el Kampamento Kiwanis tomar y utilizer fotografías y video de mi kampista en el kampamento en folletos, sitio web, panfletos, videos, presentaciones de diapositivas, y otras presentaciones escritas o en los medios de comunicación.

Opcional: Tache este párrafo si no dan permiso.

Yo entiendo:

- Si mi kampista llega al kampamento sin medicamentos necesarios en sus envases originales, lo enviare por correo de la noche a la mañana al Kampamento inmediatamente.
- Que mi kampista debe cumplir con las reglas y los estándares de comportamiento del Kampamento.
- **Si mi kampista necesita volver a casa por cualquier razón, consiento proporcionar transporte tan pronto sea necesario.**
- Estaré disponible por teléfono durante la estancia de mi kampista en el kampamento y mantendré al kampamento informado de donde me pueden contactar en caso de una emergencia.
- Estoy de acuerdo que a mi kampista no se le permitirá asistir al kampamento hasta que todo el papeleo necesario sea completado y todas las tarifas y deudas del kampamento sean pagadas en su totalidad o hasta que se hagan otros arreglos.
- Que el Kampamento Kiwanis proporciona un centro de salud y el surtido de medicamentos de venta libre gratuitamente. Todas las facturas para el cuidado del medico, dental, visitas al hospital o al medico, pruebas de laboratorio, rayos X, y medicamentos recetados se enviaran directamente a la familia para la sumisión a su plan de seguro. El Kampamento le cobrara a la familia por cualquier medicamento ordenado por el medico de familia que no almacenamos.

Nombre del Kampista:

Firma de Kampista:



Firma del Padre/Guardián:

Fecha:

Opcional: Identidad Racial/Étnica

En el Kampamento Kiwanis valoramos la diversidad cultural de nuestra comunidad. Es nuestra póliza que nadie será discriminado por motivos de raza, etnicidad, genero, orientación sexual, color, origen nacional, edad o discapacidad. Como una agencia sin fines de lucro, a menudo nos piden proporcionar datos agregados sobre la identidad racial y étnica de nuestros participantes. La siguiente pregunta, aunque opcional, nos ayudara asegurar que el Kampamento Kiwanis es una comunidad acogedora para todos.

Por favor indique Categoría Étnica:

- Hispano
- No-Hispano o Latino

Por favor indique Categoría Racial:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
- Blanco