



DEPARTAMENTO DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE LICENCIA DE CAMPAMENTO DE RECREO

FECHA _____

PERMISO N° _____

NOMBRE DEL CAMPAMENTO _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DEL CAMPAMENTO EN TEMPORADA _____

CIUDAD/LOCALIDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

PROPIETARIO DEL CAMPAMENTO _____

PARA CENTRO COMUNITARIO (D/B/A) _____

DIRECCIÓN POSTAL FUERA DE TEMPORADA _____

CIUDAD/LOCALIDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE INVIERNO _____

EMAIL (será utilizado para envío de inspecciones) _____

DIRECTOR DEL CAMPAMENTO _____ ***** Todos los operadores de campamentos deben presentar un manual actualizado de políticas y procedimientos. Los nuevos directores de campamentos y los campamentos designados deben programar una revisión de aprobación preliminar en la División de Salud antes de operar. Todo el personal de los campamentos debe cumplir los requisitos mínimos y aportar documentación de formación/experiencia para poder operar.**

TIPO DE CAMPAMENTO: Residencial (Opera 24+horas) _____ Día (Opera menos de 24 horas) _____
Deportes _____ Viaje/Desplazamiento _____

Si tiene un **campamento médico** o algún **campista con necesidades especiales**, anote las necesidades específicas:

¿Tiene previsto pernoctar? Sí No ¿Dónde? _____

Duración de la temporada: _____ hasta _____ Horas: _____ A.M. _____ P.M.
(inicio) (finalización)

Número de sesiones por temporada: _____ Fechas de Sesiones: _____

Campistas Por Temporada: _____ N° de Personal Por Temporada: _____



DEPARTAMENTO DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS

(Máx. n° de Campistas)

Nº de voluntarios Por Temporada: _____

(Campistas Supervisores)

Capacidad del Edificio: _____

Certificado de Inspección/Division de Edif.: Certificado N° _____ Expira _____

Fecha de finalización de la inspección del Depart. de Bomberos del campamento recreativo _____

(Información en línea sobre la inspección de BFD)

¿Qué tipo de alarma, detector o equipo contra incendios hay?

¿El propietario o director del campamento ha obtenido y revisado el informe CORI/Juvenil y SORI de cada miembro del personal y voluntario y ha determinado que sus antecedentes están libres de inhabilitación? El personal de temporada debe ser revisado cada temporada.

Sí No

El personal/voluntarios no pueden operar el campamento hasta que se completen suficientes verificaciones de antecedentes y se elimine la descalificación. (*Informes CORI/Juvenil y SORI, historial laboral, referencias, según se requiera para todo el personal/voluntarios)

El Director del Campamento y el personal cumplen con los criterios de elegibilidad, han requerido la capacitación y han revisado y comprendido los Estándares Mínimos 105 CMR 430.000 para Campamentos Recreativos antes de operar el campamento.

Sí No Si está pendiente, proporcione la fecha

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN:

¿Se manipulan, sirven o preparan los alimentos? Sí No Permiso servicio alimentos N° _____ (proporcione copia)

¿En qué medida?

Bocadillos Preparada y servida por personal Catering Si es así ¿por quién? _____

¿Se dispone de refrigeración para los alimentos perecederos? Sí No

ÁREA DE NATACIÓN:

¿Tiene o utiliza instalaciones acuáticas recreativas (playa, piscina, lago, estanque, fuente de agua o parque acuático)? Marque todas las que apliquen.

Agua dulce Océano Piscina /Instalación Acuática Otro (explique) _____
Ninguno

En caso afirmativo, ubicación de todas las playas frente al mar, parques acuáticos



En caso afirmativo, ubicación de la piscina / instalación acuática

¿Quién es el **Director Acuático** responsable de la supervisión de la piscina o zona(s) de baño?

Cualificaciones del Director Acuático:

- Instructor de seguridad acuática o equivalente Sí No
Entrenamiento en RCP Sí No
Formación en Primeros Auxilios Sí No

Nombre(s) de otros socorristas in situ y credenciales: _____

Si la(s) zona(s) de baño no se encuentra(n) en el campamento permanente, ¿ha(n) sido inspeccionada(s) por agentes reguladores y aprobada(s) por el director de actividades acuáticas y el operador del campamento?

Sí No

¿Participa el campamento en alguna actividad náutica? Sí No

Ubicación _____

DEBE Incluir a continuación el itinerario del campamento y la lista de actividades especializadas / planes de viaje y proporcionar a los padres:

SUMINISTRO DE AGUA: Público _____

Ubicación de Pozos Externos/Privados _____

Si es privado, fecha de muestreo _____ Por quién? _____

Resultados _____

ALBERGUES - CAMPAMENTOS DE DÍA / RESIDENCIALES: Cumplen los requisitos vigentes en materia de construcción y vivienda Sí

ASEOS/DUCHAS: N° de inodoros Para varones _____ Para mujeres _____
Lavamanos Para varones _____ Para mujeres _____
Duchas Para varones _____ Para mujeres _____

ELIMINACIÓN AGUAS RESIDUALES: Público Privado (por favor especifique) _____



DEPARTAMENTO DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS

CUIDADO MÉDICO: ¿Quién es responsable en el campamento de la atención médica o los primeros auxilios?

Nombre del supervisor o supervisores sanitarios disponibles en cada campamento:

Nombre del médico (consultor sanitario cualificado) "de guardia" que capacita al personal:

Licencia N° _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre y dirección del **hospital** utilizado para los servicios de urgencia: _____

¿Dispone el campamento de vehículos de transporte o tiene contrato con ellos? Sí No

¿Ha comprobado que el conductor tiene la licencia adecuada y cumple los requisitos exigidos? Sí No

Programar una revisión preliminar y proporcionar una copia de las políticas y procedimientos requeridos y actualizados anualmente para ese nombramiento.

La tarifa anual de \$50 del campamento recreativo es Adjunta Ya fue Pagada N/C
(marque una opción)

Firmado: _____ (**No Válido** sin la firma del propietario/operador)

Las solicitudes incompletas y sin firmar pueden no ser elegibles para la emisión de un permiso para operar.

Fecha: _____