



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)

(Campistas Supervisores)

N° de voluntarios Por Temporada: \_\_\_\_\_

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 | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Entrenamiento en RCP .....                           | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Formación en Primeros Auxilios .....                 | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

**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: \_\_\_\_\_