



إدارة خدمات التفتيش

طلب ترخيص المخيم الترفيهي

التاريخ _____ التصريح # _____

اسم المخيم _____ الهاتف: _____

عنوان موسم المخيم _____

المدينة/البلدة _____ الرمز البريدي _____

مالك المخيم _____

خاص بمركز المجتمع (D/B/A) _____

عنوان المراسلة خارج الموسم _____

المدينة/البلدة _____ ZIP _____

هاتف الشتاء _____

البريد الإلكتروني (سيتم استخدامه لإرسال عمليات التفتيش) _____

مدير المخيم _____ ***يتعين على جميع مشغلي المخيم تقديم دليل السياسات والإجراءات المحدث.

يجب على مديري المخيمات الجدد والمخيمات المعينة تحديد موعد لمراجعة الموافقة الأولية في قسم الصحة قبل التشغيل. يجب على جميع

موظفي المخيم تلبية الحد الأدنى من المتطلبات وتقديم وثائق التدريب / الخبرة من أجل العمل.

نوع التخييم: سكني (يعمل أكثر من 24 ساعة) _____ نهاري (يعمل أقل من 24 ساعة) _____ رياضة _____

سفر/رحلة _____

إذا كان لديك مخيم طبي أو أي من ذوي الاحتياجات الخاصة، فيرجى ملاحظة الاحتياجات المحددة:

هل تتوقع أي ليلة وضحاها؟ نعم _____ لا _____ أين؟ _____

مدة موسم المخيم: _____ إلى _____ الساعات: _____ صباحًا _____ مساءً

(الانتهاء)

(البداية)

مواعيد الجلسة: _____

عدد الجلسات في الموسم الواحد: _____

المخيم لكل موسم: _____ عدد الأفراد في الموسم الواحد: _____

Massachusetts, Ave., Boston, MA 02118 1010

البريد الإلكتروني: ISDHealth@boston.gov موقع الويب: Boston.gov/ISD

هاتف 635-5326 (617) فاكس 635-5388 (617)



إدارة خدمات التفتيش

(المشرفون على المخيمات)

(الحد الأقصى لعدد المخيمين)

عدد المتطوعين لكل موسم: _____ بناء القدرات: _____

شهادة التفتيش/المبنى. القسم: رقم الشهادة _____ تاريخ انتهاء الصلاحية _____

اكتمل فحص قسم إطفاء المخيمات الترفيهية (معلومات فحص BFD عبر الإنترنت) _____

ما هو نوع جهاز إنذار الحريق أو الكاشف أو معدات مكافحة الحرائق الموجودة؟

هل حصل مالك أو مدير المخيم على تقرير CORI/الأحداث وتقرير SORI لكل موظف ومتطوع وقام بمراجعتهم وحدد خلفية خالية من الاستبعاد؟ يجب مراجعة الموظفين الموسمين في كل موسم.

نعم _____ لا _____

لا يمكن للموظفين / المتطوعين تشغيل المخيم حتى يتم استكمال عمليات التحقق من الخلفية الكافية وتطهيرهم من الاستبعاد. (*تقارير CORI / الأحداث وSORI، وتاريخ العمل، والمراجع - كما هو مطلوب لجميع الموظفين / المتطوعين)

يستوفي مدير المخيم والموظفون معايير الأهلية، ويحتاجون إلى التدريب وقد قاموا بمراجعة وفهم الحد الأدنى للمعايير 105 CMR 430.000 للمخيمات الترفيهية قبل تشغيل المخيم نعم _____ لا _____ إذا كان معلقاً، قدم التاريخ _____

خدمات الطعام:

هل يتم التعامل مع الطعام أو تقديمه أو تحضيره؟ نعم _____ لا _____ تصريح خدمة الطعام # _____ (يرجى تقديم نسخة) الى أي مدى؟ _____

وجبات خفيفة _____ يتم طهيها وتقديمها من قبل الموظفين _____ يتم تقديم الطعام لها _____ إذا كان الأمر كذلك، فمن الذي؟ _____

هل التبريد متاح للأغذية القابلة للتلف؟ نعم _____ لا _____

منطقة السباحة:

هل لديك أو تستخدم مرافق مائية ترفيهية (شاطئ، أو حمام سباحة، أو بحيرة، أو بركة، أو نافورة مياه، أو حديقة مائية)؟ اختر كل ما ينطبق. المياه العذبة _____ محيط _____ حوض سباحة المحيط / المرافق المائية _____ أخرى (اشرح) _____ لا يوجد _____

إذا كانت الإجابة بنعم، مواقع جميع شواطئ الواجهة البحرية والحدائق المائية



إدارة خدمات التفتيش

إذا كانت الإجابة بنعم، موقع حمام السباحة/مرفق الألعاب المائية

من هو مدير الرياضات المائية المسؤول عن الإشراف على حمام السباحة أو منطقة (مناطق) السباحة؟

مؤهلات مدير الألعاب المائية:

مدرب سلامة المياه أو ما يعادلها نعم _____ لا _____
التدريب على الإنعاش القلبي الرئوي نعم _____ لا _____
التدريب على الإسعافات الأولية نعم _____ لا _____
أسماء (أسماء) رجال الإنقاذ الآخرين في الموقع وأوراق اعتمادهم: _____

إذا لم يكن موقع (مواقع) السباحة موجودًا في المخيم الدائم، فهل تم فحص الموقع (المواقع) من قبل الوكلاء التنظيميين وتمت الموافقة عليها من

قبل مدير الألعاب المائية ومشغل المخيم؟ نعم _____ لا _____

هل يشارك المخيم في أي أنشطة للمركبات المائية/القوارب؟ نعم _____ لا _____

الموقع

يجب تضمين خط سير المخيم وقائمة الأنشطة المتخصصة / خطط السفر أدناه وتقديمها للآباء:

إمدادات المياه: الموقع العام _____ للآبار خارج الموقع / الخاصة _____

إذا كان خاصًا، تاريخ أخذ العينة _____ بواسطة من؟ _____

النتائج

الملاجئ - النهار/ المخيمات السكنية: تلبية (ق) متطلبات البناء والسكن الحالية نعم _____

غرف المراحيض/الاستحمام: عدد المراحيض للذكور _____ للإناث _____

أحواض غسيل الأيدي للذكور _____ للإناث _____

الاستحمام للذكور _____ للإناث _____

التخلص من مياه الصرف الصحي: عام _____ خاص _____ (يرجى التحديد)

Massachusetts, Ave., Boston, MA 02118 1010

البريد الإلكتروني: ISDHealth@boston.gov موقع الويب: Boston.gov/ISD

هاتف 635-5326 (617) فاكس 635-5388 (617)



إدارة خدمات التفتيش

الرعاية الطبية: من المسؤول في المخيم عن الرعاية الطبية أو الإسعافات الأولية؟

اسم مشرف (مشرفي) الرعاية الصحية المتوفر في كل موقع من مواقع المخيم:

اسم الطبيب (استشاري الرعاية الصحية المؤهل) "تحت الطلب" الذي يقوم بتدريب الموظفين:

رقم الترخيص _____

العنوان _____

رقم الهاتف _____

اسم وعنوان المستشفى المستخدم لخدمات الطوارئ: _____

هل يوجد بالمخيم أو يتعاقد مع أي وسائل نقل؟ نعم _____ لا _____

هل قمت بالتحقق من أن السائق مرخص بشكل صحيح ويلبي المؤهلات المطلوبة؟ نعم _____ لا _____

حدد موعدًا لمراجعة أولية وقدم نسخة من السياسات والإجراءات المطلوبة والمحدثة سنويًا لهذا الموعد.

رسوم المخيم الترفيهي السنوية البالغة 50 دولارًا هي (ضع علامة في واحد) _____ مرفق _____ مدفوع بالفعل _____ لا يوجد

التوقيع: _____ (غير صالح بدون توقيع المالك/المشغل)

قد لا تكون الطلبات غير المكتملة وغير الموقعة مؤهلة لإصدار تصريح للعمل.

التاريخ: _____