



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE FISCALIZAÇÃO
(INSPECTIONAL SERVICES DEPARTMENT)

SOLICITAÇÃO DE LICENÇA PARA ACAMPAMENTOS RECREATIVOS

DATA _____ Nº DA LICENÇA _____
NOME DO ACAMPAMENTO _____ Nº DE TELEFONE _____
ENDEREÇO DO ACAMPAMENTO NA TEMPORADA _____
CIDADE/MUNICÍPIO _____ CEP _____
PROPRIETÁRIO DO ACAMPAMENTO _____
PARA CENTRO COMUNITÁRIO (NOME FANTASIA) _____
ENDEREÇO DE CORREIO FORA DE TEMPORADA _____
CIDADE/MUNICÍPIO _____ CEP _____
Nº DE TELEFONE DE INVERNO _____
E-MAIL (será usado para enviar fiscalizações) _____
DIRETOR DO ACAMPAMENTO _____

*****Todos os organizadores do acampamento devem enviar um manual de políticas e procedimentos atualizado. Novos diretores de acampamento e acampamentos designados devem agendar uma revisão de aprovação preliminar na Divisão de Saúde antes de começar a funcionar. Todo o pessoal do acampamento deve atender aos requisitos mínimos e fornecer a documentação de treinamento/experiência para funcionar.**

TIPO DE ACAMPAMENTO: Residencial (funciona 24+ horas) ____ Dia (Opera menos de 24 horas) ____
Esportes ____ Viagem _____

Se você tem um **acampamento médico** ou qualquer **campista com necessidades especiais**, informe as necessidades específicas:

Você antecipa algum pernoite? Sim ____ Não ____ Onde? _____

Duração da temporada de acampamento: _____ até _____ Horas: _____ da manhã ____ da tarde/noite
(início) (término)

Número de sessões por temporada: _____ Datas das sessões: _____

Campistas por temporada: _____ Número de funcionários por temporada: _____



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE FISCALIZAÇÃO
(INSPECTIONAL SERVICES DEPARTMENT)

(Nº máximo de campistas) (Supervisão de campistas)
Nº de voluntários por temporada: _____ Capacidade do local: _____

Certificado de Fiscalização/Prédio. Divisão: Nº do certificado _ Validade ____

Data de conclusão da fiscalização do acampamento recreativo pelo Corpo de Bombeiros (Fire Dept.) _
(Informações de fiscalização BFD (Corpo de Bombeiros de Boston) on-line)

Que tipo de alarme de incêndio, detector ou equipamento de combate a incêndio está presente?

O proprietário ou diretor do acampamento obteve e revisou o relatório CORI (Histórico criminal)/Juvenil e SORI (Registro de criminosos sexuais) de cada funcionário e voluntário e determinou um histórico livre de desqualificação? A equipe sazonal deve ser revisada a cada temporada.

Sim ____ Não ____

Funcionários/voluntários não podem operar o acampamento até que verificações de antecedentes suficientes sejam concluídas e liberadas de desqualificação. (*relatório CORI (Histórico criminal)/ Juvenil e SORI (Registro de criminosos sexuais), histórico de trabalho, referências – conforme exigido para todos os funcionários/voluntários)

O diretor do acampamento e a equipe atendem aos critérios de qualificação, possuem o treinamento exigido e revisaram e compreenderam os Padrões Mínimos 105 CMR (Código de Regulamentações de Massachusetts) 430.000 para Acampamentos Recreativos antes do início do funcionamento do acampamento

Sim ____ Não ____ Se pendente, forneça a data _____

SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO:

A comida é manuseada, servida ou preparada? Sim ____ Não ____ Nº de licença de serviço de alimentação
_____ (fornecer cópia)

Até que ponto?

Lanches ____ Preparado e servido pela equipe ____ Fornecido ____ Se sim, por quem? _____

Há refrigeração disponível para alimentos perecíveis? Sim ____ Não ____

ÁREA DE NATAÇÃO:

Você tem ou usa instalações aquáticas recreativas (praia, piscina, lago, lagoa, bebedouro ou parque aquático)?
Marque todas as opções que se aplicam.

Água fresca _____ Oceano _____ Piscina / instalações aquáticas _____ Outro (explicar) _____

Nenhum _____

Em caso afirmativo, localizações de todas as praias à beira-mar, parques aquáticos



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE FISCALIZAÇÃO
(INSPECTIONAL SERVICES DEPARTMENT)

Se sim, localização da piscina/instalação aquática

Quem é o **diretor da área aquática** responsável pela supervisão da piscina ou área(s) de natação?

Qualificações do diretor da área aquática:

Instrutor de segurança aquática ou equivalente	Sim _____	Não _____
Treinamento de RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar)	Sim _____	Não _____
Treino de primeiros socorros	Sim _____	Não _____

Nome(s) de outro(s) salva-vidas no local e credenciais: _____

Se o(s) local(is) de natação não estiverem no acampamento permanente, o(s) local(is) foi(rão) inspecionado(s) por agentes reguladores e aprovado(s) pelo diretor da área aquática e pelo organizador do acampamento? Sim ____ Não ____ O acampamento participa de alguma atividade de esportes aquáticos/barco? Sim ____ Não ____

Localização _____ **DEVE Incluir o itinerário do acampamento e listar as atividades especializadas/os planos de viagem abaixo e fornecê-los aos pais:**

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: Público _____ Localização de poços externos/privados _____ Se privado, data de amostragem _____ Por quem? _____
Resultados _____

INSTALAÇÕES DE ACAMPAMENTOS DIÁRIOS/RESIDENCIAIS: Atende aos requisitos atuais de construção e habitação _____ Sim

BANHEIROS/CHUVEIROS:

Número de banheiros	para homens _____	para mulheres _____
Lavatórios	para homens _____	para mulheres _____
Chuveiros	para homens _____	para mulheres _____

SISTEMA DE SANEAMENTO: Público _____ Particular _____ (especifique) _____



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE FISCALIZAÇÃO
(INSPECTIONAL SERVICES DEPARTMENT)

CUIDADOS MÉDICOS: Quem é responsável no acampamento por cuidados médicos ou primeiros socorros?

Nome do(s) supervisor(es) de atendimento médico disponível(eis) em cada local do acampamento:

Nome do médico (consultor de saúde qualificado) “de plantão” que treina a equipe:

Nº da licença _____

Endereço _____

Nº de telefone _____

Nome e endereço de **hospital** usado para serviços de emergência: _____

O acampamento possui ou contrata algum veículo de transporte? Sim _____ Não _____

Você verificou se o motorista possui a licença devida e atende às qualificações exigidas? Sim _____ Não _____

Agende uma revisão preliminar e forneça uma cópia das políticas e procedimentos obrigatórios e atualizados anualmente para essa revisão.

A taxa anual de US\$ 50 para o acampamento recreativo (marque uma) _____ Está em anexo _____ Já foi paga _____ N/A

Assinado: _____ (**Inválido** sem assinatura do proprietário/organizador)

Solicitações incompletas e não assinadas podem não ser elegíveis para a emissão de uma licença de funcionamento.

Data: _____