



County of Santa Cruz

HEALTH SERVICES AGENCY Environmental Health Division

701 Ocean St. Room 312, Santa Cruz, CA 95060
(831) 454-2022 TDD/ TTY: Call 711
www.sceh.org



ORGANIZED CAMP HEALTH PERMIT APPLICATION (Aplicación Para Permiso de Campamento Organizado)

CAMP INFORMATION (Información del Campamento)			FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)	
CAMP NAME (Nombre del Campamento)			REC DATE	
CAMP ADDRESS (Dirección del Campamento)			PE	AMT
CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)	CASH/CHK/MONEY ORDER	
CAMP PHONE (Teléfono)			CHK#	DATE
CAMP E-MAIL (Correo electrónico)			RECORD ID	

OWNER INFORMATION (Información del Dueño)			
OWNER NAME (Nombre de Dueño)		OWNER PHONE (Teléfono del Dueño)	
MAILING ADDRESS (Dirección de Correo)	CITY (Ciudad)	STATE (Estado)	ZIP (Código Postal)
CAMP CONTACT (Contacto del Campamento)			
NAME OF CONTACT (Nombre del Contacto)			
CONTACT PHONE (Teléfono del Contacto)		CONTACT E-MAIL (Correo Electrónico del Contacto)	

ATTACHMENTS FOR INC. or LLC. ONLY (Adjuntos Solo para INC. o LLC.)
☐ ARTICLES OF ORGANIZATION OR INCORPORATION (FOR INC. OR LLC.) (Artículos de Organización o Incorporación- Para LLC o INC.)

FACILITIES- PERMIT AND FEE PER FACILITY (Instalaciones- Se Permite y se Cobra por Instalación)			
CHECK ALL THAT APPLY (Marque todo lo que Aplica)	FACILITY TYPE (Tipo de Instalación)	QUANTITY (Cantidad)	LOCATION OR NAME OF FACILITY (Ubicación o Nombre de la Instalación)
☐	ORGANIZED CAMP (CAMPAMENTO ORGANIZADO)		
☐	ORGANIZED CAMP CAFETERIA (Cafetería de Campamento Organizado)		
☐	ORGANIZED CAMP SNACK BAR (Bar de Bocadillos)		
☐	SWIMMING POOL AT AN ORGANIZED CAMP (Alberca en un Campamento Organizado)		
☐	SPA AT AN ORGANIZED CAMP (Spa en un Campamento Organizado)		
☐	INACTIVE POOL (Alberca de Inactiva)		
☐	OTHER: (Otro):		

By applying for this permit, you agree to adhere with all applicable laws, to undergo inspection, and maintain your permit account. A permit will not be issued until the application is complete, all fees have been paid in full, and/or all applicable inspections have been passed. The undersigned certifies, under penalty of perjury, that to the best of his/her knowledge and belief, the statements made herein are correct and true. (Al aplicar para este permiso, está accediendo a cumplir con las leyes que aplican, someterse a inspección, y mantener su cuenta de permiso. Un permiso no se emitirá hasta que la aplicación esté completa, el cobro esta pagado por completo, y/o todas las inspecciones que aplican han pasado. El abajo firmante certifica, bajo pena de perjurio, que, al mejor de su conocimiento y creencia, las declaraciones hechas aquí son correctas y verdaderas.)

OWNER SIGNATURE (Firma de Dueño): _____ TITLE (Titulo): _____ DATE (Fecha): _____

FOR OFFICE USE (Para Uso de Oficina)	
HEALTH PERMIT APPROVED BY (Permiso Aprobador por): _____	DATE (Fecha): _____, EHS