

CLASS PARKS

TEEN CLUB

APPLICATION

Solicitud para participantes del Club de Jovenes: Información general

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Nombre del participante: _____ Género: M F Fecha de nacimiento ___/___/___

Dirección: _____ Escuela: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ T-shirt size: S M L XL XXL

Padres / Guardians: _____ Relación: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico _____

Contacto de emergencia (Debe ser mayor de 21 años.)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación hacia el niño(a): _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación hacia el niño(a): _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO

AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR EN UN HOSPITAL AUTORIZADO EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Yo, el abajo firmante, doy permiso para mi hijo, _____ para participar en la Ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreación y Parques, (Type your Recreation Center) and Programa del club de adolescents, CLASS Parks: Entiendo la naturaleza de las condiciones físicas para participar en tales actividades. Estoy de acuerdo en relevar a la Ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreación y Parques, sus agentes oficiales y empleados de cualquier responsabilidad relacionada con cualquier lesión a mi hijo(a) en relación con este programa o liga. Entiendo que la instalación recreativa no lleva ningún seguro. Yo, el padre suscrito y / o guardián del menor mencionado, por la presente autorizo, (Type your Recreation Center), El personal como agentes para el que suscribe a dar su consentimiento a un examen de rayos X. Diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria. Que se considera aconsejable y se debe prestar bajo la supervisión general o especializada de cualquier médico con licencia según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica del personal de un hospital con licencia, Si tal diagnóstico o tratamiento se representa en la oficina de dicho médico o un hospital. Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria, que el médico antes mencionado está practicando y puede ejercer a la su / o su juicio estime conveniente. Esta autorización permanecerá vigente durante la duración del programa, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a dicho agente. YO CONSIENTO EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA, MEDICA PARA MI HIJO(A) POR UN MEDICO AUTORIZADO. ESTA AUTORIZACIÓN SE DA DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DE LA SECCIÓN 25.8 DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PATERNO

DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO(A) PARTICIPA en el Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Los Angeles, y las actividades de CLASS Parks / Youth Plus Teen Club programas, eventos y / o excursiones que viajan en camioneta, autobús alquilado o caminando. Estoy de acuerdo en mantener indemne a la ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreación y Parques, sus oficiales, agentes, empleados por lesiones a mi hijo(a) como resultado de la participación. Entiendo que cualquier joven que no coopere con el personal del Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles perderá los privilegios de las actividades y puede ser expulsado de otras actividades, programas, eventos y / o excursiones. Todos los viajes son por mérito o por orden de llegada.

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

CLASS PARKS

TEEN CLUB



Consentimiento y Normas para el uso de Computadora

1. Para usar las computadoras del Departamento de Recreo y Parques, se requiere que el/la estudiante firme el registro de uso de la computadora al conectarse y al desconectarse al sistema.
2. El personal puede limitar el número de usuarios que utilizan la misma estación de trabajo con computadora.
3. Antes de abandonar las estaciones de trabajo de la computadora, regrese las pantallas al menú principal.
4. Las estaciones de trabajo informáticas deben utilizarse únicamente con fines educativos.

NO DEBO:

- a. Eliminar pantallas de privacidad.
- b. Eliminar iconos del escritorio.
- c. Descargar el software.
- d. Guardar archivos en el disco duro.
- e. Dañar el hardware o software de la computadora.
- f. Utilizar las estaciones de trabajo informáticas para actividades ilegales.
- g. Crea o distribuye virus informáticos.
- h. Molestar a otros en las computadoras.
- i. No comer o beber en la estación de trabajo de la computadora

Las violaciones de estas pautas pueden resultar en la suspensión de los privilegios de la estación de trabajo de la computadora. Las actividades ilegales se informarán al Departamento de Servicios Generales y al Departamento de Policía de Los Ángeles y se tratarán de manera apropiada.

- ¿Cómo Padre / Guardian, autorice a cualquier otra persona a registrar a su hijo(a) dentro o fuera de una actividad para adolescents? Sí: No, no autorizo a nadie más:

- Nombre: _____ Teléfono: _____
- Nombre: _____ Teléfono: _____

- ¿Autoriza a su hijo(a) a firmar su salida después de un evento para adolescents? Sí: No:

DERECHO DE PUBLICIDAD La Ciudad de Los Ángeles, el Departamento de Recreación y Parques, sus agentes representantes asignados, tiene permiso para usar la imagen (digital, película y / o audio) de mi hijo(a), _____ un menor, para la promoción de los programas del departamento y / o eventos a través de cualquier plataforma de medios de la Ciudad de Los Ángeles (audio, película, internet, medios impresos y / o redes sociales).

He leído y entiendo el Consentimiento Médico, el Consentimiento Paterno, Derecho de Publicidad, las reglas de membresía de Teen Club, , y las reglas de computadora. Cumpliré con estas reglas mientras participo en el parque de (Your Recreation Center) en el programa de CLASS Parks.

Firma del adolescente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS
CLASS PARKS TEEN PROGRAM

EMERGENCY INFORMATION

Youth's Name: _____ Home Phone: (____) _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Parent/Guardian: _____ Work Phone: (____) _____
Parent/Guardian: _____ Work Phone: (____) _____
Youth's Birthdate: _____ Age: _____ School: _____ Grade: _____
Medical Plan (insurance): _____ Allergies and/or medication: _____
Please list any medical conditions or restrictions: _____

If parents are not available, other authorized adults to call in an emergency:

Name: _____ Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____
Name: _____ Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____
Name: _____ Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____

PARENT/GUARDIAN PERMISSION

I hereby authorize my son/daughter _____ to travel (bus, van or walking) to any field trip/outing in association with CLASS Parks. I release the City of Los Angeles and its officials, agents, and employees from any liability in connection with this authorization.

DATE: _____ PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE: _____

AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR IN CASE OF EMERGENCY, ILLNESS, OR ACCIDENT

(I), (We), the undersigned parent(s)/guardian(s) of _____, a minor, do hereby authorize the **Directors and staff of the CLASS Parks program** as agent(s) for the undersigned to consent to any X-Ray, examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by and is to be rendered under the general or specific supervision of any physician or surgeon licensed under the provision of the Medical Practice Act, or the medical staff of a licensed hospital whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care that may be required, and it is given to provide authority and power on the part of aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which aforementioned physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable.

THIS AUTHORIZATION SHALL REMAIN IN EFFECT UNTIL REVOKED IN WRITING AND DELIVERED TO SAID AGENT(S).

DATE: _____ PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE: _____

City of Los Angeles
Department of Recreation and Parks
COVID-19 Acceptance of Risk and Waiver of Liability

By my participation, I am fully aware that there are a number of risks associated with me and/or my child entering onto City of Los Angeles Department of Recreation and Parks (RAP) property, participating in RAP programs, and utilizing RAP equipment and facilities during the COVID-19 pandemic. This waiver, release, and other representations and covenants set forth herein are given in consideration for RAP permitting me and/or my child to participate in RAP programs during this emergency period.

Therefore, without limitation, I understand that I and/or my child could contract COVID-19 disease which could result in a serious medical condition requiring medical treatment in a hospital or could possibly lead to death.

On behalf of myself and/or my child and our heirs, successors and assigns, I knowingly and freely, assume all such COVID-19 related risks, both known and unknown, relating to my and/or my child's entry onto RAP property, participation in RAP programs, and utilization of RAP equipment and facilities as described above, and I hereby forever release, waive, relinquish, and discharge RAP, along with its officers, agents, employees, or other representatives, and their successors and assigns (collectively, the "**City Representatives**"), from any and all COVID-19 related claims, demands, liabilities, rights, damages, expenses, and causes of action of whatever kind or nature, and other losses of any kind, whether known or unknown, foreseen or unforeseen, (collectively, "**Damages**") as a result of me and/or my child entering onto RAP property, participating in RAP programs, and utilizing RAP equipment and facilities as described above, including but not limited to personal injuries, death, disease or property losses, or any other loss, and including but not limited to claims based on the alleged negligence of any City Representative or any other person related to COVID-19 sanitization. I further promise not to sue RAP or any City Representative, and agree to indemnify and hold them harmless from any and all Damages resulting from me and/or my child's contraction of COVID-19.

Participant's Full Name: _____

Parent/Guardian's Full Name: _____

Parent/Guardian's Signature: _____

Today's Date: _____