



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks



Rose Hill RC

(club despues de escuela 2022-2023 – Niños y Niñas de K a 8 - Formulario de Inscripción)

AFTERSCHOOL CLUB REGISTRATION FORM

RECREATION CENTER: Rose Hill Recreation Center (Centro de Recreacion)

MARK MONTHS(s) CHILD IS REGISTERING (Marcar las Meses que el Niño se está Registrando)

Aug. Sept. Oct. Nov. Dec. Jan. Feb. March April May June

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

First Name: Last Name: Male Female Other (Nombre del Participante) (Apellido) (Masculino) (Femenino) (Otro) Date of Birth: Age: Grade in Fall: School: (Fecha de Nacimiento) (Edad) (Grado en el Otoño) (Escuela)

GENERAL INFORMATION (Información General)

Parent/Guardian Name: Cell #: Legal Custody: Yes No (Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular) (Custodia Legal) (Sí) (No) Home Address: City: State: Zip: (Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal) Home Phone: Work Phone: Email: (Teléfono de Casa) (Teléfono de Trabajo) (Correo Electrónico)

EMERGENCY INFORMATION (Información de Emergencia)

Emergency Contact Name: Relation: (Nombre de Contacto de Emergencia) (Relación) Phone: Cell Phone: (Teléfono) (Teléfono Celular) Name of Out-of-State Contact: Relation: (Nombre de Persona Fuera del Estado) (Relación) Phone: Cell Phone: (Teléfono) (Teléfono Celular)

PICK UP AUTHORIZATION (Autorización)

The following individuals have my unrestricted permission to pick up and sign out the above child without any further confirmation from me. Photo identification will be required upon picking up the participant.

(Las siguientes personas tienen mi permiso sin restricciones para recoger y firmar la salida del niño/niña sin ninguna confirmación ulterior de mí. Una identificación con foto será requerida al recoger al participante.)

Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono) Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono) Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono) Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name of Person(s) specifically NOT Authorized: (Nombre de la Persona Específicamente No Autorizada)

**Participant Name (Nombre del Participante)** \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION** (Información Médica)

Insurance Provider: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_  
(Proveedor de Aseguranza) (Póliza #)

Physician Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Médico) (Teléfono)

Dentist Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Dentista) (Teléfono)

List any Allergies: \_\_\_\_\_ Name all Medications: \_\_\_\_\_  
(Anote cualquier alergia) (Nombra todos los medicamentos)

Conditions or behaviors that we should be aware of in case of major emergency: \_\_\_\_\_  
(Condiciones o comportamientos que debemos tener en cuenta en caso de emergencia)

**HEALTH HISTORY** (Historial Médico)

**HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING: (PLEASE WRITE YES OR NO)**

(El participante ha tenido alguno de los siguientes: (POR FAVOR ESCRIBA SI O NO))

Appendicitis (Apendicitis)	Constipation (Estreñimiento)	German Measles (Sarampión Alemán)	Measles (Sarampión)	Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)	Stomach Upset (Malestar Estomacal)
Asthma (Asma)	Diphtheria (Difteria)	Hay Fever (Fiebre de Heno)	Mumps (Paperas)	Scarlet Fever (Fiebre Escarlata)	Tetanus (Tétanos)
Chicken Pox (Varicela)	Ear Infection (Infección del Oído)	Headaches (Dolor de Cabeza)	Nose Bleeds (Sangrado por la Nariz)	Sinus Trouble (Dificultad con Sinusitis)	Tonsillitis (Amigdalitis)
Colds(frequent) (Resfriados)	Fainting (Desmayo)	Heart Trouble (Problemas de Corazón)	Polio (Polio)	Skin Rash (Ronchas en la Piel)	Whooping Cough (Tos Ferina)
Other (Otro): _____					

Year of last immunization or booster (Fecha de la última inmunización): \_\_\_\_\_

Has your child received any medical treatment in the past year? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(El participante ha recibido tratamiento médico en el último año) (Fecha)

**FOR OFFICE USE ONLY (Solo Para Uso Interno):**

WEEK	\$ AMOUNT	RECEIPT #	DATE	STAFF INITIALS
August	\$45			
September	\$75			
October	\$75			
November	\$75			
December	\$45			
January	\$75			
February	\$75			
March	\$75			
April	\$65			
May	\$75			
June	\$45			

COVID-19 VACCINE VERIFICATION (ages 12 & older)	VACCINE VERIFICATION DATE	STAFF VERIFYING

**Participant Name (Nombre del Participante)** \_\_\_\_\_

**COVID-19 Acceptance of Risk and Waiver of Liability (COVID-19 Aceptación del Riesgo y Renuncia a la Responsabilidad)**

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.

(Por favor tenga en cuenta que, con su participación, reconoce que es plenamente consciente de que existen una serie de riesgos asociados con su entrada y / o la de su menor acompañado a la propiedad del Departamento de Recreación y Parques (RAP) de la Ciudad de Los Ángeles, participando en programas de RAP, y utilizando equipos de RAP e instalaciones durante la pandemia de COVID-19. Esta renuncia, divulgación y otras representaciones y convenios establecidos en este documento se dan en consideración para que RAP le permita a usted y / o a su menor acompañado participar en los programas de RAP durante este período de emergencia.

Por lo tanto, sin limitación, usted reconoce y entiende que usted y / o su menor acompañado podrían contraer la enfermedad de COVID-19, la cual podría ocasionar una grave infección médica que requiera tratamiento médico en un hospital o posiblemente la muerte.

En nombre de usted y / o de su menor acompañado y sus herederos, sucesores y asignados, usted, consciente y libremente asume todos los riesgos relacionados con COVID-19, tanto conocidos como desconocidos, relacionados con su entrada y / o la de su menor acompañado en la propiedad de RAP, participación en programas de RAP y utilización de equipos e instalaciones de RAP como se describe anteriormente, y por la presente libera, renuncia y descarga para siempre RAP, junto con sus oficiales, agentes, empleados u otros representantes, y sus sucesores y asignados (colectivamente, los "Representantes de la Ciudad"), de cualquier reclamo relacionado con COVID-19, demandas, responsabilidades, derechos, daños, gastos y causas de acción de cualquier tipo o naturaleza, y otras pérdidas de cualquier tipo, ya sean conocidas o desconocidas, previsto o imprevisto (colectivamente, "Daños") como resultado de que usted y / o su menor acompañado ingresen a la propiedad de RAP, participen en programas de RAP y utilicen equipos e instalaciones de RAP como se describió anteriormente, incluyendo, entre otros, lesiones personales, muerte, enfermedad o pérdidas de propiedad, o cualquier otra pérdida, y incluye, en otros, reclamos basados en la presunta negligencia de cualquier Representante de la Ciudad o cualquier otra persona relacionada con la desinfección de COVID-19. Además, promete no demandar a RAP ni a ningún Representante de la Ciudad, y acepta indemnizarlos y eximirlos de cualquier daño que resulte en la contracción de COVID-19 de usted y / o su menor acompañado.)

**Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián):** \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO PARTICIPATE (LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR)**

My child, a minor, has my permission to participate in all the activities. I understand that certain activities by nature have an increased risk of injury, including death, despite extensive measures taken by staff to provide a safe environment and ensure the safety of my child. I understand the nature of games and sports activities and I am aware of the minor's experience and capabilities and believe my child to be qualified, in good health and in proper physical and emotional condition to participate in such activities. I agree to relieve the City of Los Angeles, Department of Recreation & Parks, its officers and agents and employees from any injury to my child in connection with this program. I further understand that the City of Los Angeles Department of Recreation & Parks **CARRIES NO INSURANCE.**

(Mi hijo, un menor, tiene mi permiso para participar en todas las actividades. Entiendo que ciertas actividades por naturaleza tienen un mayor riesgo de lesiones, incluida la muerte, a pesar de las amplias medidas adoptadas por el personal para proporcionar un entorno seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo la naturaleza de los juegos y actividades deportivas y soy consciente de la experiencia y capacidades del menor y creo que mi hijo está calificado, con buena salud y en condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en tales actividades. Estoy de acuerdo en liberar a la Ciudad de Los Ángeles, el Departamento de Recreación y Parques, sus oficiales y agentes y empleados de cualquier lesión a mi hijo en relación con este programa. Además, entiendo que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles NO OFRECE SEGURO.)

**Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián):** \_\_\_\_\_

**CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR (AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE UN MENOR)**

I, as the parent and /or legal guardian of the minor participating in this program, do hereby authorize the City of Los Angeles Department of Recreation & Parks to act as agents for the undersigned to consent for 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 specialized supervision of any physician licensed under the provisions of the Medicine Practice Act on the staff of the licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of the said physician or a said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any such diagnose, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment, may deem advisable. This authorization shall remain effective through the conclusion of the event or program that the minor is participating in, unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

(Yo, como el padre/guardián del menor participando en este programa, autorizo a la Ciudad de Los Ángeles Departamento de Recreación y Parques que se comporten como agentes en dar autorización en examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o cirugía, tratamiento y hospitalización que es aprobado y vigilado por un Médico licenciado profesional que convive con las provisiones del Medicine Practica Acto en los empleados del hospital licenciado, cuando alguna acción sea requerida en la oficina del Médico o Hospital. Es entendido que esta autorización es dada anteriormente en prever alguna situación que se requiera alguna acción y el Medico decide que acción sea admisible. Esta autorización será efectiva hasta la conclusión del programa de cual el menor estará participando en y será efectiva hasta que sea sometido en una carta escrita y entregada a el agente en cual el menor estará por el periodo del programa.)

**Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián):** \_\_\_\_\_

Participant Name (Nombre del Participante) \_\_\_\_\_

**GENERAL POLICIES (POLIZAS Y REGLAS GENERALES)**

- 1. Participants must be age appropriate by the first day they attend and may be required to show proof of age.**  
(Los participantes deben ser de edad apropiada en el primer día que asistan y pueden ser obligados a presentar prueba de edad.)
- 2. Program participants must be picked up no later than 6:00 pm.**  
(Los participantes del programa deben ser recogidos a mas tardar a 6:00 p.m.)
- 3. Registration is on a first come first serve basis as there are limited spaces available.**  
(El registro es en un primer llegado primer servido base, ya que solo hay un límite de espacios disponibles.)
- 4. No Refunds unless the program is cancelled. There are no credits or make-up days for missed days.**  
(No hay reembolsos a menos que el programa sea cancelado. No hay créditos ni días de maquillaje para los días perdidos.)
- 5. DRESS CODE/FACE COVERINGS: Closed-toed shoes with rubber soles must be worn daily. Face coverings must be worn by all participants.**  
(INDUMENTARIA/CUBIERTAS FACIALES: (Zapatos de pie cerrado con suelas de goma deben usarse diariamente. Todos los participantes deben usar cubiertas faciales.)
- 6. PHOTO RELEASE: By registering, you authorize the City to make, procure or use photographs, films, tapes or other likenesses of Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with Program's publicity materials.**  
(DIVULGACIÓN DE FOTOS: Al registrarse, usted autoriza a la Ciudad a hacer, adquirir a utilizar fotografías, películas, Cintas u otras semejanzas de la imagen física y/o voz del Menor según sea necesario para su uso con los materiales de publicidad de Programa.)
- 7. The facility is NOT responsible for lost or stolen articles. No Electronics or valuables may be brought to program.**  
(La instalación NO son responsables por artículos perdidos, robados o quebrados. No se pueden traer artículos electrónicos ni objetos de valor al programa.)

**I acknowledge that I have read and understand all of the policies as listed on this application. By my child's participation I agree to follow and abide by these rules.**

(Yo reconozco que he leído y entendido todas las pólizas como se indica en esta solicitud. Por la participación de mi hijo/a, estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.)

**Print Name of Parent/Guardian (Nombre de Tutor/ Guardián):** \_\_\_\_\_

**Signature of Parent/Guardian (Firma de Tutor/Guardián):** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha):** \_\_\_\_\_