

CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS

FORMA DE REGISTRO DE DEPORTES PARA GPLA Tamaño uniforme : Juventud Adulto

Instalaciones _____ Tamaño uniforme : Pequeña Med Grande XGrande 2XGrande 3XGrande

Deporte **Niñas'** DIVISIÓN **(GPLA)**

**J
U
A
G
A
D
O
R**

Apellido: _____ Primer Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (m/d/año) Edad: ____ Grado: ____ Estatura: ____ Peso: ____ Escuela: _____
 ¿Eres un jugador que regresa? Sí No Si es así, ¿Cúal equipo?: _____ División: _____
 ¿Tiene usted una hermana que juega en esta misma división de edad? Sí No
 Si es así: Nombre _____ Edad: _____
Los privilegios de estar en el mismo equipo solo aplicaran a las hermanas.

**G
E
N
E
R
A
L**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Padre/Guardián _____ Teléfono Principal (____) _____
 Teléfono Alternativo (____) _____ **Correo Electrónico:** _____
 En caso de Emergencia: Nombre: _____
 Teléfono Principal (____) _____ Teléfono Alternativo (____) _____

Por favor verifique si usted está interesado en ayudar con uno de lo siguiente :

Entrenador Ayudante Voluntario/a

¿Cómo se enteró acerca de este programa ? Correo Periódico Amigo/Familia Escuela Teléfono Correo Electrónico Facebook
 Otro: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Consentimiento del Padre: Yo le doy permisión a mi hijo/a, el cual su nombre está nombrado abajo, a participar en la programa de _____. Autorizo a la Ciudad de hacer, procurar o utilizar fotografías, películas, grabaciones u otras imágenes físicos y/o de voz cuales sean necesarios para uso publicitario del programa. Estoy de acuerdo en considerar la Ciudad de Los Ángeles, Departamento de Recreación y Parques, oficiales, agentes, empleados y co-patrocinadores inofensivos por cualquier herida a mi hijo/a cual resulte de la participación en la programa de deportes. Entiendo que la Ciudad de Los Ángeles no tiene seguro. También entiendo que el programa de _____ reserve el derecho despedir a un participante por cualquier conducto prejudicial al programa.

AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN MENOR EN UN HOSPITAL AUTORIZADO EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE: Yo(nosotros), (los) padre(s) abajó firmante(s) del menor, cuyo es nombrado, autorizo _____ como agente para el abajó firmante para consentir a cualquier examen de radiografía, anestésico, el diagnóstico médico o quirúrgico, o el tratamiento y atención que se cree aconsejable, cual deberá ser rendido baja la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo la provisión del Acto de la Práctica Médica cual es parte del personal médico de un hospital licenciado si tal diagnóstico o tratamiento se rinde en la oficina del médico o en el hospital. Se entiende que esta autorización se rinde en avance de algún diagnóstico específico, el tratamiento o atención médica requerida pero se da a proporcionar la autoridad y el poder en la parte de los agentes referidos para dar el consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención médica que el médico referido ejercite de su mejor juicio ser aconsejable.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

JURAMENTO DE PADRES PARA LOS NIÑOS

Me comprometo a demostrar un buen espíritu deportivo por ser un modelo positivo y alentador para jugar y divertirse mientras lo apoyamos a usted y su equipo en la Victoria y la derrota.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____ Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

RR NUMBER	AMOUNT	RECEIVED BY (Initial)	AGE VERIFIED (Initial)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS

GPLA SPORTS REGISTRATION FORM

Uniform Size: Youth Adult

Facility _____	Uniform Size: Small Med Large XLarge 2XLarge 3XLarge
----------------	----------------------------------------------------------------

SPORT Girls' _____	DIVISION (GPLA)
---------------------------	------------------------

P L A Y E R	Last Name _____ First Name _____ Birth date ____/____/____ Age ____ Grade ____ Height ____ Weight ____ School _____ Are you a returning player? Yes No If yes, Team _____ Division _____ Do you have a sister playing in this same age division? Yes No If yes: Name _____ Age _____ <p style="text-align: center;">Same team privileges will only apply to siblings</p>
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

G E N E R A L	Address _____ City _____ Zip Code _____ Parent/Guardian _____ Home Phone (____) _____ Work Phone (____) _____ Cell Phone (____) _____ Email _____ Emergency Contact Name _____ Work Phone (____) _____ Cell Phone (____) _____ Home(____) _____
----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Please circle below if you are interested in helping with one of the following:
 Coach Assistant Coach Volunteer

How did you hear about this program? Mail Newspaper Friend/Relative School Phone Inquiry Email Facebook Other _____

PARENT CONSENT FORM

Parent Consent: I give permission for my child, whose name is listed below, to participate in the _____ GPLA Program. I authorize the City to make, procure or use photographs, film, tapes or other likenesses or Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with program's publicity material. I agree to hold harmless the City of Los Angeles, Department of Recreation and Parks. **I understand that the City of Los Angeles carries no insurance.** I also understand the _____ reserves the right to dismiss a child for any conduct detrimental to the program.

AUTHORIZATION OF CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR AT AN AUTHORIZED HOSPITAL IN CASE OF EMERGENCY, ILLNESS OR ACCIDENT:

I (We) the undersigned, parent(s) of the Minor, whose name is listed above, do hereby authorize _____ as agent for the undersigned to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, or treatment and hospital care which is deemed advisable, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician or surgeon licensed under the provision of the Medical Practice Act on the medical staff of a licensed hospital whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at the said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but 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 the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may deem advisable.

Signature _____ Date _____

PARENTS' OATH TO KIDS

I promise to demonstrate good sportsmanship by being a positive role model and encouraging you to play and have fun while supporting you and your team in both victory and defeat.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____ Date _____

RR NUMBER	AMOUNT	RECEIVED BY (Initial)	AGE VERIFIED (Initial)
_____	_____	2	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____