



Centro Recreativo Ramón García

1016 S. Fresno St. Los Angeles, CA 90023

Teléfono: (323)265-4755

Garcia.recreationcenter@lacity.org



Inscripción de Clases

Apellido del Participante: _____ Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Apellido del Padre/Tutor: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Número de Teléfono Celular: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Correo electrónico: _____ Por favor, agrégume a la lista de correo electrónico de Ramon Garcia RC: SÍ NO

Contacto de Emergencia: _____ Relación al Participante: _____

Número de Teléfono de Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Consentimiento de los Padres/Tutores

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo, cuyo nombre aparece arriba, o yo mismo, participe en la clase/actividad de Ramón García RC. Entiendo la naturaleza de la clase / actividad y la experiencia y las capacidades requeridas. Estoy de acuerdo en liberar a la Ciudad de Los Angeles, Departamento de Recreación y Parques, sus agentes oficiales y empleados de cualquier responsabilidad en relación con una lesión relacionada con esta clase / actividad. Entiendo que la instalación de recreación NO TIENE SEGURO. Entiendo que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles se reserva el derecho de despedir a un participante por cualquier conducta perjudicial para el programa.

Yo autorizo a Ramón García RC como agentes para que los abajo firmantes den su consentimiento para el examen de rayos X, el diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico o el tratamiento y la atención hospitalaria que se considere aconsejable por, y que se preste bajo la supervisión general o especializada de cualquier médico con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica en el personal de un hospital con licencia, cuando dicho diagnóstico o tratamiento se preste en la oficina de dicho médico en el ejercicio de su mejor juicio que considere conveniente. Esta autorización permanecerá vigente durante la duración del programa, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a dicho agente.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Reembolsos y Liberación de Videos/Fotos

Entiendo que no se emitirán reembolsos a los usuarios que hagan declaraciones falsas en los formularios de inscripción. Se podrán solicitar pruebas de las declaraciones. Se aplicará una tarifa administrativa no reembolsable del 15% por cualquier reembolso, transferencia o cambio. No se emitirán reembolsos UNA semana antes de la fecha de inicio de las clases/programas. Solo se emitirán reembolsos completos si el Centro Recreativo Ramón García cancela una clase.

Entiendo que cualquier clase cancelada por el Centro Recreativo Ramón García se recuperará al final de la sesión. La clase no se recuperará por ausencia del participante, incluidos motivos de enfermedad. La tarifa seguirá siendo la misma independientemente de cuándo un estudiante se registre y comience la clase.

También autorizo a la Ciudad a tomar, producir o usar fotografías, cintas cinematográficas u otras imágenes de la imagen física y/o la voz del Menor según sea necesario para su uso con los materiales publicitarios y de marketing del Programa. Entiendo que mi hijo puede aparecer en las redes sociales con fines de marketing.

La administración del Centro Recreativo Ramón García se reserva el derecho de cancelar o combinar cualquier clase debido a la baja inscripción.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

City of Los Angeles Department of Recreation and Parks
APLICACIÓN DE BECA PARA PLAY LA

Gracias por su interés en los programas de deportes y acondicionamiento para jóvenes del Departamento de Recreación y Parques. El Departamento se compromete a garantizar que todos los niños tengan la oportunidad de jugar. Por favor llene este formulario para solicitar una beca para renunciar a las tarifas de inscripción.

Centro/Región: Garcia RC Fecha: _____

Nombre del Niño: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Actividad: _____
Nombre del Niño: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Actividad: _____
Nombre del Niño: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Actividad: _____
Domicilio: _____	Ciudad: _____	Código Postal: _____
Nombre del Padre/Tutor: _____	Nombre del Padre/Tutor: _____	
Empleador del Padre/Tutor: _____	Empleador del Padre/Tutor: _____	
Teléfono de casa: () _____	Teléfono de casa: () _____	
Teléfono del Trabajo: () _____	Teléfono del Trabajo: () _____	

Declare brevemente la(s) razón(es) por la que solicita una beca o marque las casillas que correspondan: _____

Ingreso Familiar Anual

Por debajo \$25,000 \$25,000 - \$36,000 \$36,000 - \$45,000 \$45,000+

Certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Reconozco que proporcionar información falsa será motivo de terminación del programa.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Recomendación del Director: Aprobar Negar

Tarifa Original \$ _____ Beca Aplicada \$: _____

Comentarios: _____

Firma del director para aprobación: _____ Fecha: _____