

City of Los Angeles Department of Recreation & Parks



PARK PROUD LA

CENTRAL PARK AFTER SCHOOL ENRICHMENT PROGRAM
(Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela)
REGISTRATION FORM
(FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN)
Please Print Clearly
(Por favor escribir claramente)

PARTICIPANT INFORMATION
(Información de Participante)

First Name: _____ Last Name: _____
(Nombre del Participante) (Apellido)

Date of Birth: _____ Age: _____ Height: _____ Weight: _____ Gender: Male / Female
(Fecha de Nacimiento) (Edad) (Estatura) (Peso) (Genero) (Niño) (Niña)

Do you have a sibling attending ASEP? Yes No If yes, Name _____
(Tiene hermano/a que atiende ASEP?) (Sí) (No) (Nombre de hermano/a)

Are you a returning participant? Yes No If yes, how many seasons with ASEP? _____
(¿Es su primera vez en nuestro programa?) (Sí) (No) (Cuántas temporadas con ASEP?)

How did you hear about our Central Park After School Program? _____
(Cómo escucho de nuestro programa aquí en Central Park?)

Does your child know how to swim? Yes No
(¿El participante sabe nadar?) (Sí) (No)

SCHOOL INFORMATION
(Información de la Escuela)

School Name: _____ Grade: _____
(Nombre de Escuela) (Grado)

Address: _____
(Dirección)

Phone Number: _____ Dismissal Time: _____
(Número de Teléfono) (Hora de Salida)

Teacher's Name: _____ Room Number: _____
(Nombre de Maestro) (Número de Salón)

GENERAL INFORMATION
(Información General)

Parent/ Guardian Name: _____ Cellphone _____
(Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular)

Parent/ Guardian Name: _____ Cell phone _____
(Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular)

Home Address: _____

(Domicilio)

City: _____ State: _____ Zip: _____

(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Home Phone (Teléfono) : (_____) _____ Email (Correo Electrónico): _____

EMERGENCY INFORMATION

(Información de Emergencia)

Emergency Contact Name: _____ Relationship _____

(Nombre de Contacto de Emergencia) (Relación)

Phone: (_____) _____ Cell Phone: (_____) _____

(Teléfono) (Teléfono Celular)

Name of Out-of-State Contact Person: _____

(Nombre de Persona Fuera del Estado)

Phone: (_____) _____ Relationship _____ (Teléfono)

(Relación)

Please list any allergies: _____

(Por favor anote cualquier alergia)

Name all medications: _____

(Nombra todos los medicamentos)

MEDICAL INFORMATION

(Información Médica)

Insurance Provider: _____ Policy #: _____

(Proveedor de Seguridad) (Póliza #)

Physician Name: _____ Phone: _____

(Nombre de Médico) (Teléfono)

Dentist Name: _____ Phone: _____

(Nombre de Dentista) (Teléfono)

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 importante.)

HEALTH HISTORY

(HISTORIA DE SALUD)

Should anything happen to the child that would alter this health history after this form is sent and before arrival to the Central Park After School Enrichment Program, please let the program coordinator or counselors know immediately! (Si hay algún cambio en el historial de salud después de que haya entregado esta aplicación por favor de comunicarse con el coordinador del programa o consejeros inmediatamente e informarles de los cambios para actualizar la información.)

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)

Date of last immunization or booster _____
 (El año de la última inmunización)

Chicken Pox _____
 (Varicela)

Mumps _____
 (Paperas)

Colds _____
 (Resfriados)

German Measles _____
 (Sarampión Alemán)

Measles _____
 (Sarampión)

Sinus Trouble _____
 (Dificultad con Sinusitis)

Headaches _____
 (Dolor de Cabeza)

Tetanus _____
 (Tétanos)

Ear Infection _____
 (Infección del Oído)

Nose Bleed _____
 (Sangrado por la Nariz)

Diphtheria _____
 (Difteria)

Rheumatic Fever _____
 (Fiebre Reumática)

Appendicitis _____
 (Apendicitis)

Constipation _____
 (Estreñimiento)

Whooping Cough _____
 (Tos Ferina)

Scarlet Fever _____
 (Fiebre Escarlata)

Tonsillitis _____
 (Amigdalitis)

Stomach Upset _____
 (Malestar Estomacal)

Polio _____
 (Polio)

Asthma _____
 (Asma)

Fainting _____
 (Desmayo)

Heart Trouble _____
 (Problemas de Corazón)

Hay Fever _____
 (Fiebre de Heno)

Skin Rash _____
 (Ronchas en la Piel)

Other _____
 (Otro)

Allergies: _____
 (Alergias)

Bee Stings, Mosquito's: _____
 (Picaduras de Abejas, Mosquitos)

Medication: _____
 (Medicación)

Food (name): _____
 Comida (Nombres)

Medication: _____
 (Medicación)

Asthma (hay fever): _____
 Asma (fiebre del heno)

Medication: _____
 (Medicación)

Serious Injury or Illness: _____
 (Lesión o enfermedad grave)

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

INTERESTS & ACTIVITIES
(INTERESES Y ACTIVIDADES)

Any restrictions on physical activity? If so, please explain _____
(¿Alguna restricción de actividad física? Si es así, por favor explique)

How many hours per week does your child participate in physical fitness activities? _____ hours
(¿Cuántas horas a la semana participa su hijo/hija en actividades de acondicionamiento físico?) (horas)

Does your child enjoy doing exercise? Yes No What is your child's favorite sport? _____
(¿Disfruta su hijo hace ejercicio?) (Sí) (No) (¿Cuál es el deporte favorito de su hijo?)

Does your child participate in any organized sports leagues? Yes No
(El participante participa en ligas deportivas) (Sí) (No)

Please list the organized sport your child participates in. _____
(Por favor escriba el deporte organizado en el que su hijo/hija participa)

What are your child's interests/hobbies? _____
(¿Cuáles son los intereses/ pasa tiempos del participante?)

PICK UP AUTHORIZATION
(AUTORIZACIÓN)

The following individuals have my unrestricted permission to pick up and sign out the above child from EXPO ASEP without any further confirmation from me.

(Las siguientes personas tienen mi permiso sin restricciones para recoger y firmar la salida del niño/niña de EXPO ASEP sin ninguna confirmación ulterior de mí.)

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

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

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

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

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE& PHOTO RELEASE
(LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR)

My child, a minor, has my permission to participate in the Central Park After School Enrichment Program (ASEP) and all the activities therein, including chartered vehicles for trips. By my child's participation in the ASEP, I understand that certain activities by nature have an increased risk of injury, including death, despite extensive measures taken by ASEP staff to provide a safe environment and ensure the safety of my child. I understand the nature of ASEP games and sports activities and 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 and the Central Park Recreation Center Facility **CARRIES NO INSURANCE**. I further agree that the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks and the EXPO Center Facility has my permission to use photographs, video and/or auditory statements taken during ASEP activities for publicly purposes.

(Mi hijo, menor de edad, tiene mi permiso para participar en el programa CENTRAL PARK campamento estacional y todas las actividades en las mismas, incluidos los vehículos fletados para viajes. Mediante la participación de mi hijo en el programa de campamento entiendo que ciertas actividades por naturaleza tienen un mayor riesgo de lesiones, incluso la muerte a pesar de las amplias medidas tomadas por el personal de campamento para proporcionar un ambiente seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo que la naturaleza de los

juegos de campamento y actividades deportivas y son consciente de la experiencia del menor y las capacidades y creo que mi hijo sea calificado, con Buena salud y el buen estado físico y emocional de participar en dichas actividades. Estoy de acuerdo en liberar a la ciudad de Los Ángeles, Departamento de Recreación y Parques, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier daño a mi hijo/a (participante) en relación con este programa. Además, entiendo que la Ciudad de Los Ángeles Departamento de Parques y Recreación y el CENTRAL PARK RECREATION CENTER no tiene seguridad.)

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 Medico 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 de el Médico o Hospital. Es entendido que esta autorización es dada anteriormente en precaver 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)

**GENERAL ASEP POLICIES
(POLIZAS Y REGLAS GENERALES DE EL CAMPAMENTO)**

Important Notice: Due to the nature and size of the Central Park Recreation Center, the age of the participants, and to provide a safe and enjoyable after school environment for each participant, Central Park ASEP demands a high level of maturity and responsibility from each participant as a prerequisite to attend our program. While we understand that participants are still children, we hold each individual accountable for their actions and behaviors at all times. Individuals who repeatedly violate ASEP rules, cause excessive distraction in ASEP, require disproportionate ASEP staff attention, supervision, and/or discipline, or show continued disrespect towards ASEP staff or other participants will not be tolerated, and those individuals will be expelled from ASEP.

(Noticia Importante: Por el alto volumen y participación de otros adolescentes en el programa de CENTRAL PARK, las edades de los participantes, y para proveer la seguridad y experiencia agradable del programa para todos los participantes, el Campamento EXPO requiere un nivel de madurez y responsabilidad de cada participante como un requisito de atender nuestro campamento. Aunque entendemos que los participantes de nuestros programas son niños, nosotros tomamos a cada individual responsable por sus acciones y comportamiento a toda hora. Los individuales que repetidamente violan las reglas, causan distracciones en el campamento, requieren la desproporcionada atención de nuestros empleados, supervisión y/o disciplina, o demuestran falta de respeto a los empleados y participantes no serán tolerados y serán expulsados del campamento.)

Parent/Guardian Initials: _____
(Iniciales de Tutor/Guardián)

1. **Participants must be age appropriate by the first day they attend Central Park Recreation Center After School Enrichment Program and may be required to show proof of age.** (Los participantes deben ser de edad apropiada en el primer día que asistan Central Park Recreation Center ASEP programa de enriquecimiento después de la escuela y pueden ser obligados a presentar prueba de edad.)
2. **Program participants must be pick up from the Central Park by 6 pm the latest.**

3. **Please notify ASEP staff before 12:00 pm, if your child is absent from school and will not attend the After School program for the day.** (Por favor notifique al personal de ASEP antes de las 12:00pm, si el participante falta a la escuela y no asistirá al programa.)
4. **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.)
5. **Written permission must be provided if you wish your child to be released to anyone other than those authorized on the registration form.** (El participante solo podrá ser recogido por las personas que están en la lista de Autorización. Un permiso por escrito de parte del guardián deberá ser sometido a la oficina de ASEP un día antes que alguna otra persona que no esté en la lista de autorización vaya a recoger al participante.)
6. **Parents are NOT permitted to accompany participants on field trips.** (Tutores/ guardianes NO son permitidos en acompañar a los participantes durante las excursiones.)
7. **Staff reserves the right to change or alter programming at any time without notice.** (Los empleados tienen el derecho de cambiar o alterar el programa sin ninguna notificación previa.)
8. **The Central Park Recreation Center and its staff are NOT responsible for lost or stolen articles.** (La instalación y empleados de EXPO CENTER NO son responsables por artículos perdidos, robados o quebrados.)

I acknowledge that I have read and understand all of the ASEP policies as listed on this application. By my child's participation in the Central Park Recreation Center After School Enrichment Program I agree to follow and abide by these rules.

(Yo reconozco que he leído y entendido todas las pólizas de ASEP como se indica en esta solicitud. Por la participación de mi hijo/a en el Central Park Recreation Center Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.)

Print Name of Parent/Guardian: _____

(Nombre de Tutor/ Guardián)

Signature of Parent/Guardian: _____ **Date:** _____

(Firma de Tutor/Guardián)

(Fecha)