



PARK PROUD LA



HOUSEHOLD #: \_\_\_\_\_

**REGISTRATION APPLICATION**

Please print clearly.

**SOLICITUD DE REGISTRO**

Por favor escriba claramente.

**PROGRAM / PROGRAMA:** \_\_\_\_\_

**T-Shirt Size/Talla de camiseta:** [ ] Youth S [ ] Youth M [ ] Youth L [ ] Adult S [ ] Adult M [ ] Adult L [ ] Adult XL [ ] Adult XXL

**PARTICIPANT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

First Name/Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Last Name/Appellido: \_\_\_\_\_

School/Escuela: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_ Teacher/Maestra: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Cuidad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Birthday/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_ Gender/Género: [ ] Female [ ] Male

Do you have a sibling in the program/¿Tienes un hermano/a en el programa? [ ] Yes/Si [ ] No Name/Nombre: \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION - INFORMACIÓN DEL PADRE/ GUARDIÁN**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_ Cell #/Célular #: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_ Cell #/Célular #: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY INFORMATION/INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

Emergency Name/Nombre de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relation/Relación \_\_\_\_\_

Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_ Cell #/Célular #: \_\_\_\_\_

Out of State Contact/Contacto Fuera del Estado: \_\_\_\_\_ Relation/Relación \_\_\_\_\_

Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_ Cell #/Célular #: \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION/INFORMACIÓN MÉDICA**

Medical Provider/Proveedor Médico: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_

Physician Name/Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dentist Name/Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_

**HEALTH HISTORY (Please list physical restrictions, and conditions or behaviors we should be aware of in case of an emergency)**

**HISTORIAL MÉDICO (enumere las restricciones físicas y las condiciones o comportamientos que debemos tener en cuenta en caso de una emergencia):**

**PICK UP AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA**

The following individuals have my unrestricted permission to pick up and sign out the above child from Costello R.C. without any further confirmation from me. **Only Parents/Guardians and those listed below may pick up my child.** Las siguientes personas tienen mi permiso sin restricciones para recoger y firmar al niño mencionado anteriormente de Costello R.C. sin más confirmación por mi parte. **Solo los padres/guardián y los que se enumeran a continuación pueden recoger a mi hijo.**

**PICK UP AUTHORIZATION (Continued)/AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA (Continuación)**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Relation/Relación: \_\_\_\_\_ Phone #/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Name of person(s) **NOT** allowed to pick up child

Nombre de la(s) persona(s) que **NO** pueden recoger al niño: \_\_\_\_\_

\*If there is a custody agreement, please provide a copy of the court issued agreement to office staff. Si hay un acuerdo de custodia, proporcione una copia del acuerdo emitido por el tribunal al personal de la oficina.\*

**HAS YOUR CHILD HAD THE FOLLOWING: (PLEASE WRITE YES OR NO)/ SU HUO HA TENIDO LO SIGUIENTE: (ESCRIBA SÍ O NO)**  
Should anything happen to the child that would alter this health history after this form is sent and before arrival to Costello R.C. Program, please let Staff know immediately. Si algo le sucediera al niño que pudiera alterar este historial de salud después de enviar este formulario y antes de su llegada a Costello R.C. Programa, informe al personal de inmediato.

Please give year of last immunization or booster/Indique el año de la última inmunización o refuerzo:			
Appendicitis Apendicitis:	Constipation Estreñimiento:	German Measles Sarampión alemán:	Measles Sarampión:
Asthma Asma:	Diphtheria Difteria:	Hay Fever Fiebre de Heno:	Mumps Paperas :
Chicken Pox Varicela:	Ear Infection Infección en el oído:	Headaches Dolor de Cabeza:	Nose Bleeds Hemorragias nasales:
Colds Resfriados:	Fainting Estreñimiento:	Heart Trouble Problemas del corazón:	Polio:
Scarlet Fever Escarlatina:	Rheumatic Fever Fiebre reumática:	Sinus Trouble Problema sinusal:	Skin Rash Erupción cutanea:
Tonsillitis Amigdalitis:	Whooping Cough Tos ferina:	Tetanus Tétanos:	Upset Stomach Dolor de barriga:
Other/Otro: _____			
<b>ALLERGIES/ALERGIAS:</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <b>Please Name/Por favor enumere:</b>			
<b>Medication for Allergies/Medicamentos para las alergias:</b>			
<b>Bee Sting Allergies? / ¿Alergias a las picaduras de abeja?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <b>Medication/Medicina:</b>			
<b>Food Allergies/ Alergias de comida?</b> <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <b>Which Food(s)/Cual comida(s):</b>			
Medication for Food Allergies/Medicamentos para las alergias alimentarias:			
Serious Injury or Illness/Lesión o enfermedad grave? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No <b>If yes, please list/En caso afirmativo, enumere:</b>			
Has child received medical treatment in the past year? / ¿Ha recibido el niño tratamiento médico en el último año? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No Please list/Por favor enumere:			
Year of last immunization or booster/Fecha de la última inmunización o refuerzo:			
Has your child received any medical treatment in the last year? ¿Ha recibido su hijo algún tratamiento médico en el último año?			
<b>If 12 years old or over, is your child immunized against COVID-19?</b> <b>Si tiene 12 años o más, ¿está su hijo vacunado contra el COVID-19?</b>			

Escriba el nombre(s) de los padres/ Guardián(es): \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian Firma del padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian Firma del padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

## 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 diagnosis, 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 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): \_\_\_\_\_**

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 by 6:00 pm or be charged for Extended Care. (ASC)**  
(Los participantes del programa deben ser recogidos a las 6:00 p.m. o se le cobrará por la Atención Extendida.) 12:30 PM PRE - K
- 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 canceled. 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. Program participants that have one (1) unauthorized absence are subject to being dropped from the program and a new participant from the waiting list will take their place on the program roster.**  
(Los participantes del programa que tienen uno (1) ausencia no autorizadas están sujetos a ser retirados del programa y un Nuevo participante de la lista de espera ocupará su lugar en la lista del programa.)
- 6. DRESS CODE/FACE COVERINGS: Program shirts in good condition and with no alterations must be worn daily or one will be provided and you will be charged \$10. Closed-toed shoes with rubber soles must be worn daily. Face coverings must be worn by all participants when indoors.**  
(INDUMENTARIA/CUBIERTAS FACIALES: Camisas de programa en buen estado y sin alteraciones deben ser usadas todos los días o se le proporcionará uno y se le cobrará \$10. Zapatos de pie cerrado con suelas de goma deben usarse diariamente. Todos los participantes deben usar cubiertas faciales cuando estén en interiores..)
- 7. 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.)
- 8. 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.)
- 9. Pursuant to City of Los Angeles Ordinance No. 187219, beginning Monday, November 29, 2021, PROOF OF COVID-19 VACCINATION will be required for individuals eligible for COVID vaccination to enter all indoor LA Parks facilities.**  
**All individuals that are eligible for COVID vaccination participating in indoor programming must show PROOF OF COVID-19 VACCINATION. For those unable to provide PROOF OF COVID-19 VACCINATION, alternative programming is available. information can be found here <https://bit.ly/rapalt>**  
(De conformidad con la ordenanza de La Ciudad de Los Ángeles No. 187219, a partir del Lunes 29 de Noviembre de 2021, se requerirá PRUEBA DE VACUNACIÓN COVID-19 para las personas elegibles para la vacuna COVID para entrar en la habitación a todas las instalaciones interiores de LA Parks.  
Todos los participantes que son elegibles para la vacuna COVID que participan en la programación en interiores debe mostrar PRUEBA DE VACUNACIÓN COVID-19.  
Para aquellos que no pueden proporcionar PRUEBA DE VACUNACIÓN COVID-19, hay programación alternativa disponible.  
Visitar <https://bit.ly/rapalt> )

**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):** \_\_\_\_\_