

City of Los Angeles Department of Recreation & Parks



PARK PROUD LA

AFTER SCHOOL ENRICHMENT PROGRAM

(Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela)

REGISTRATION FORM

(FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN)

Please Print Clearly

(Por favor escriba claramente)

PARTICIPANT INFORMATION

(Información de Participante)

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_
(Nombre) (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 un hermano/hermana que atiende ASEP?) (Si) (No) (Nombre de hermano/hermana)

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

How did you hear about our EXPO Center After School Program?
(Cómo escucho de nuestro programa aquí en EXPO CENTER?)

Does your child know how to swim? Yes No
(Su hijo/hija sabe nadar?) (Si) (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: \_\_\_\_\_
(Nombre de Tutor/ Guardián)

Cellphone \_\_\_\_\_
(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 Medico) (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 EXPO After School Enrichment Program, please let the program coordinator or counselors know immediately!  
(Si algo le pasa al niño que pueda alterar esta historial de salud después de este formulario se envía y antes de la llegada a la EXPO Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela, por favor deje que el coordinador del programa o consejeros saber inmediatamente!)

**HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING: (PLEASE WRITE YES OR NO)**  
(Su hijo ha tenido alguno de los siguientes: (POR FAVOR ESCRIBA SI O NO)

Give year of last immunization or booster \_\_\_\_\_  
(El año de la última inmunización)

Chicken Pox \_\_\_\_\_ Mumps \_\_\_\_\_ Colds \_\_\_\_\_ German Measles \_\_\_\_\_  
(Varicela) (Paperas) (Resfriados) (Sarampion Alemán)

Measles \_\_\_\_\_ Sinus Trouble \_\_\_\_\_ Headaches \_\_\_\_\_ Tetanus \_\_\_\_\_  
(Sarampión) (Dificultad con Sinus) (Dolor de Cabeza) (Tétanos)

Ear Infection \_\_\_\_\_ Nose Bleed \_\_\_\_\_ Diphtheria \_\_\_\_\_

(Infección del Oído)	(Sangrado por la Nariz)	(Difteria)	
Rheumatic Fever _____	Appendicitis _____	Constipation _____	Whooping Cough _____
(Fiebre Reumática)	(Apendicitis)	(Estreñimiento)	(Tos Ferina)
Scarlet Fever _____	Tonsillitis _____	Stomach Upset _____	Polio _____
(Fiebre Escarlata)	(Amigdalitis)	(Malestar Estomacal)	(Polio)
Asthma _____	Fainting _____	Heart Trouble _____	
(Asma)	(Desmayo)	(Problemas de Corazón)	
Hay Fever _____	Skin Rash _____	Other _____	
(Fiebre de Heno)	(Ronchas en la Piel)	(Otro)	

Allergies: \_\_\_\_\_  
(Alergias)

Bee Stings, Mosquito's: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
(Picaduras de Abejas, Mosquitos) (Medicación)

Food (name): \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Comida (Nombres) (Medicación)

Asthma (hay fever): \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Asma (fiebre del heno) (Medicación)

Serious Injury or Illness: \_\_\_\_\_  
(Lesión o enfermedad grave)

Has child received medical treatment in the past year? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(¿Hijo/hija ha recibido tratamiento médico en el último año?) (Fecha)

**INTERESTS & ACTIVITIES**  
(INTERESES Y ACTIVIDADES)

Any restrictions on physical activity? If so, please explain \_\_\_\_\_  
(¿Cualquier restricción de la 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  
(Hay participado en las ligas deportivas organizadas) (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 / pasatiempos de su hijo?)

**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 AUTORIZACION PARA PARTICIPAR)

My child, a minor, has my permission to participate in the EXPO Center 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 EXPO 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 EXPO CENTER 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 niño el relación con este programa. Además, entiendo que la Ciudad de Los Ángeles Departamento de Parques y Recreación y el EXPO CENTER **no tiene seguridad.**)

**Parent Initials:** \_\_\_\_\_  
(Iniciales del 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 de el Médico o Hospital. Es entendido que esta autorización es dada anteriormente en precaver alguna situación que se requiera alguna acción y el Médico 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 Initials:** \_\_\_\_\_  
(Iniciales del Tutor/ Guardián)

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

**Important Notice:** Due to the nature and size of the EXPO Center After School Enrichment Program, the age of the participants, and to provide a safe and enjoyable after school environment for each participant, EXPOASEP 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 EXPO CENTER, 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 Initials: \_\_\_\_\_  
(Iniciales del Tutor/ Guardián)

1. **Participants must be age appropriate by the first day they attend EXPO After School Enrichment Program and may be required to show proof of age.** (Los participantes deben ser apropiados para la edad del primer día que asistan EXPO 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 EXPO Center by 6 pm the latest. Failure to do so will result in a \$1.00 per minute fee to be paid on the date of incident. LAPD will be notified if participant(s) are not picked up by 7:00 pm.** (Una cuota de \$1 por minuto después de las 6pm será aplicada por cada minuto en cual usted o la persona que recogerá a su hijo/hija llegue tarde. No hay ningún "periodo de gracia" después de las 6pm. La policía será notificada si no ha recogido a su hijo/hija antes de las 7pm.)
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 su hijo falta a la escuela y no asistir 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 hay espacio limitadas disponibles.)
5. **All ASEP program fees are due on the FRIDAY before the week you wish to register or else a \$10 late fee will be assessed.** (Todos los costos del programa de ASEP deben ser pagados el viernes antes de la semana que desea registrar o de lo contrario se cobrará un recargo de \$ 10.)
6. **Written permission must be provided if you wish your child to be released to anyone other than those authorized on the registration form.** (Su hijo/hija puede ser firmado y recogido solo por las personas que están en la lista de Autorización.)
7. **Parents are NOT permitted to accompany participants on field trips.** (Los padres/guardianes NO son permitidos en acompañar a los participantes durante las excursiones.)
8. **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.)
9. **The EXPO Center facility and its staff are NOT responsible for lost or stolen articles.** (La facilidad y empleados de EXPO CENTER NO son responsables por artículos perdidos o robados.)

**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 EXPO Center After School Enrichment Program I agree to follow and abide by these rules.**  
 (Yo reconozco que he leído y entendido todas las pólizas del ASEP que se enumeran en esta solicitud. Mediante la participación de mi hijo en el Centro EXPO Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.)

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

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

