City of Los Angeles, Department of Recreation and Parks

DOWNEY RECREATION CENTER

1772 N. Spring St Los Angeles, CA 90031

323-225-7100

Class Registration Form

Please make checks payable to "City of Los Angeles". Quarterly classes are 6-10 weeks in length, and are paid quarterly during the Registration Period. Monthly classes are on-going and **should be paid by the 5th of each month.** Class payments shall be made prior to participating in the activity. All programs and classes are subject to change or cancellation due to center needs or low enrollment.

PARTICIPANT

CLASS NAME _____ **DAY:**_____ **TIME:**_____

Last Name_____ First Name _____

New Student Yes____ No____ Birthdate _____ Age _____ Male ____ Female____

GENERAL

Address _____ City _____ Zip _____

Home Phone_____ Work Phone _____ Cell Phone _____

Parent/ Emergency Contact _____ Emergency Phone _____

E-mail Address

PARENT CONSENT FORM

I the undersigned, give permission for my child, whose name appears above, to participate in this program. I understand the nature of this activity and know the minor's experience and capabilities and believe the minor to be qualified, in good health, and in proper physical condition to participate in such activity. I agree to relieve the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks, its Officers agents and employees from any liability in connection with any injury to my child in connection with t his program. I understand that the Recreation Facility CARRIES NO INSURANCE. I, the undersigned parent of the child whose name appears above on this form, a minor, do hereby authorize **Downey Recreation Center** as agents for the under-signed to consent to X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and to be rendered under the general or specialized supervision of any physician licensed under the provisions of the Medical Practice Act on the staff of a licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of 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 for the duration of the program I have registered for unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

_____ _____ _____

PRINT Parent/Guardian Name Parent/Guardian Signature Date

REFUND POLICY

A 15% administration fee will be accessed on **all refunds**.

No full refunds will be issued unless a class/programis cancelled by the recreation center.

OFFICE USE ONLY

RR NUMBER	AMOUNT	DATE	AGE VERIFY'D	RED'C BY

City of Los Angeles, Department of Recreation and Parks

DOWNEY RECREATION CENTER

1772 N. Spring St Los Angeles, CA 90031

323-225-7100

Formulario de Inscripción

Por favor haga los cheques pagaderos a "City of Los Angeles". Clases trimestrales son 6-10 semanas de duración y se pagan trimestralmente durante el período de registro. Clases mensuales están en curso y deben ser pagadas por los 5 de cada mes. Clase los pagos se efectuarán antes de participar en la actividad. Todos los programas y las clases están sujetas a cambio o cancelación debido a las necesidades del centro o baja inscripción.

PARTICIPANTE

Nombre de La Clase:_____ **Día:**_____ **Tiempo:**_____

Apellido_____ **Nombre** _____

Nuevo Estudiante Si_____ **No**____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad**____ **Hombre** ____ **Mujer**___

Teléfono Principal_____ **Participó el niño antes** **Si**_____ **No**____

GENERAL

Dirección _____ **Ciudad**_____ **Código Postal**_____

Teléfono de Casa_____ **Teléfono del Trabajo**_____ **Teléfono Celular**_____

Contacto de Emergencia Principal_____ **Teléfono de Emergencia** _____

Dirección de Correo Electrónico

FORMULARIO DE CONSENTIMENTO PARA PADRES

El suscrito, doy permiso a mi hijo, cuyo nombre aparece arriba, a participar en este programa. Comprender la naturaleza de esta actividad y conozco la menor experiencia y capacidades y cree el menor a ser calificado, en buen estado de salud y en buenas condiciones físicas para participar en dicha actividad. Estoy de acuerdo aliviar a la ciudad de Los Ángeles Departamento de recreación y parques, sus agentes oficiales y empleados de cualquier responsabilidad en relación con cualquier daño a mi hijo con respecto a este programa. Entiendo que la facilidad de la reconstrucción no lleva seguro. Los padres abajo firmantes del niño cuyo nombre aparece arriba de esta forma, la menor, autorizo a **Downey Centro de Recreación** como agentes para el bajo firmado por permitir la examinación de la radiografía, diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico o tratamiento y hospitalización que se estime conveniente por y para ser prestados 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 , si tal diagnóstico o tratamiento se representa en la oficina de dicho médico o un hospital dijo. Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier tal atención diagnóstico, tratamiento o hospital que el médico mencionado en el ejercicio de su criterio estime conveniente. Esta autorización será efectiva para la duración del programa que me he registrado para a no ser revocada antes por escrito y entregado a dicho agente.

_____ _____ _____

Impresión de Padre/ Tutor Nombre **Firma del Padre/Tutor** **Fecha**

Cuota de Administración política de Reembolso

Un 15% se accederá en el caso de todos.

Ningún reembolso completo se publicará a menos que una clase/programis cancelada por el centro de recreación.

USO DE OFICINA SOLAMENTE

RR NUMBER	AMOUNT	DATE	AGE VERIFY'D	RED'C BY