



GILBERT LINDSAY RECREATION CENTER

PLAY LA CLASS/CLINIC REGISTRATION FORM

LAST NAME/APELLIDO: _____		FIRST NAME/PRIMER NOMBRE: _____	
BIRTH DATE/FECHA DE NACIMIENTO: _____		AGE/EDAD: _____	GENDER/GENERO: ☐ M ☐ F
ADDRESS/DOMICILIO: _____		CITY: _____	ZIP: _____
HOME PHONE/TELEFONO: _____		CELL PHONE/CELULAR: _____	
SCHOOL NAME: _____		GRADE: _____	
PARENT/PADRE/GUARDIAN 1: _____		HOME PHONE/TELEFONO: _____	
CELL PHONE/CELULAR: _____		EMAIL: _____	
PARENT/PADRE/GUARDIAN 2: _____		HOME PHONE/TELEFONO: _____	
CELL PHONE/CELULAR: _____		EMAIL: _____	
EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA: _____			
CELL PHONE/CELULAR: _____		RELATIONSHIP/RELACION: _____	

SEASON TEMPORADA	CLASS CLASSE	DAY DIA	TIME HORARIO	RECEIPT#	FEE	STAFF INITIALS

I, the undersigned, give permission for my child, whose name appears above, to attend and participate in the athletic program. I understand that my child may be transported to and from the event and that the nature of this event is a sports activity. I know my minors 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 officer agents and employees from any liability in connection with any injury to my child in connection with this activity. I understand that the City and Recreation Facility CARRY NO INSURANCE.

Right of Publicity: I authorize the city of Los Angeles Department of Recreation and Parks to make, procure, or use photographs, film, tapes or other likenesses or Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with the programs publicity material in perpetuity without compensation.

I, the undersigned parent of, _____ a minor, do hereby authorize the City of Los Angeles, Department of Recreation and Parks 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 is 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 his best judgment may deem advisable. This authorization shall remain effective for the duration of the program, unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo, cuyo nombre aparece arriba, asista y participe en el programa deportivo. Entiendo que mi hijo puede ser transportado hacia y desde el evento y que la naturaleza de este evento es una actividad deportiva. Conozco la experiencia y capacidades de mi menor y creo que el menor está calificado, en buena salud y en condiciones físicas adecuadas para participar en dicha actividad. Acepto eximir al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles, sus agentes oficiales y empleados de cualquier responsabilidad en relación con cualquier lesión sufrida por mi hijo en relación con esta actividad. Entiendo que la Ciudad y el Centro de Recreación NO TIENEN SEGURO.

Derecho de publicidad: Autorizo al Departamento de Recreación y Parques de la ciudad de Los Ángeles a hacer, adquirir o utilizar fotografías, películas, cintas u otras imágenes o la imagen física y/o voz del Menor según sea necesario para su uso con el material publicitario del programa. a perpetuidad sin compensación.

Yo, el padre abajo firmante de _____ un menor, por la presente autorizo al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles como agentes del abajo firmante a dar consentimiento para un examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y hospitalización. atención que se considere aconsejable y que deba brindarse bajo la supervisión general o especializada de cualquier médico autorizado según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica en el personal de un hospital autorizado, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio de dicho hospital. médico o dicho hospital. Se entiende que esta autorización se otorga con antelación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el citado médico en el ejercicio de su mejor criterio considere aconsejable. Esta autorización permanecerá vigente durante la duración del programa, a menos que sea revocada antes por escrito y entregada a dicho agente.

PARENT/GUARDIAN: _____ SIGNATURE: _____ DATE: _____

PLEASE READ AND REVIEW WAIVERS AND LIABILITY ON BACKSIDE
POR FAVOR LEA Y REVISE LAS EXENCIONES Y RESPONSABILIDAD EN LA PARTE TRASERA

Participant Name: _____

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE

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. PHOTO RELEASE:** By participating in our programs, patrons agree to allow the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks, its agents and as-signed representatives and Gilbert Lindsay Recreation Center permission to use the image (digital, film and/or audio) and testimonials of participants for use in publicity materials free of any fee or usage charge.

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR

Mi hijo menor de edad 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 tomadas por el personal para brindar un ambiente 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, goza de buena salud y se encuentra en condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en dichas actividades. Acepto eximir al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles, sus funcionarios, 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 Ángeles **NO TIENE SEGURO. DIVULGACIÓN DE FOTO:** Al participar en nuestros programas, los patrocinadores aceptan permitir que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles, sus agentes y representantes asignados y el Centro de Recreación Gilbert Lindsay tengan permiso para usar la imagen (digital, cinematográfica y/o audio) y testimonios de participantes para su uso en materiales publicitarios sin ningún tipo de tarifa o cargo por uso.

Parent/Guardian Initials : _____

CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR

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, an-esthetic, 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.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, como padre y/o tutor legal del menor que participa en este programa, por la presente autorizo al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles a actuar como agentes para que el abajo firmante dé su consentimiento para cualquier examen de rayos X, un -diagnóstico o tratamiento estético, médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y deba ser realizado bajo la supervisión general o especializada de cualquier médico autorizado conforme a las disposiciones de la Ley de Práctica Médica en el personal del hospital autorizado, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital. Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico antes mencionado, en el ejercicio de su mejor criterio, considere aconsejable. Esta autorización permanecerá vigente hasta la conclusión del evento o programa en el que participa el menor, a menos que sea revocada antes por escrito y entregada a dicho agente.

Parent/Guardian Initials : _____

REFUND POLICY: Refunds will be given up to the day prior to the first class meeting ONLY. A 15% administration fee will be assessed by the recreation center for any patron granted a refund. Full refunds will not be issued unless a class or sports league is cancelled by the center. There will be **NO REFUNDS** after the program has begun unless a class or sports league is changed or cancelled by the recreation center. Credits or make-ups will not be given for classes missed by the patron. Please allow 6-8 weeks for the processing of all refund requests Monthly/weekly/session fees are due before the first day of class/ activity.

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Los reembolsos se realizarán SOLAMENTE hasta el día anterior a la primera reunión de clase. El centro recreativo cobrará una tarifa administrativa del 15 % a cualquier cliente al que se le conceda un reembolso. No se emitirán reembolsos completos a menos que el centro cancele una clase o liga deportiva. NO HABRÁ REEMBOLSOS después de que el programa haya comenzado a menos que el centro de recreación cambie o cancele una clase o liga deportiva. No se otorgarán créditos ni recuperaciones por las clases perdidas por el cliente. Espere entre 6 y 8 semanas para procesar todas las solicitudes de reembolso. Las tarifas mensuales/semanales/de sesión deben pagarse antes del primer día de clase/actividad.

Parent/Guardian Initials : _____

Print Name of Parent/Guardian:

Signature of Parent/Guardian:

Date: _____