

City of Los Angeles Department of Recreation and Parks

Lemon Grove Recreation Center

4959 Lemon Grove Ave.
 Los Angeles, CA 90029
 (323) 666 4144



After School Club Registration 2023-2024

NAME NOMBRE	_____	_____	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	_____	_____	_____
	LAST NAME/APELLIDO	FIRST NAME/NOMBRE		MONTH MES	DATE FECHA	YEAR AÑO

ADDRESS DIRECCION	_____	_____	_____	TELEPHONE TELFONO	_____
	STREET/CALLE	CITY/CUIDAD	ZIP CODE Z. POSTAL		
MOTHER'S NAME NOMBRE DE MADRE	_____			WORK TELEPHONE TEL. DE TRABAJO	_____
FATHER'S NAME NOMBRE DE PADRE	_____			WORK TELEPHONE TEL. DE TRABAJO	_____

E-MAIL ADDRESS: _____

AUTHORIZED PICK-UP LIST/ LISTA DE AUTORIZACION PARA RECOGER:

NAME NOMBRE	_____	RELATIONSHIP RELACION	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____
NAME NOMBRE	_____	RELATIONSHIP RELACION	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____
NAME NOMBRE	_____	RELATIONSHIP RELACION	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____
NAME NOMBRE	_____	RELATIONSHIP RELACION	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____

PERSONS WHO MAY BE CALLED IN CASE OF EMERGENCY/PERSONAS A QUIEN SE PUEDE LLAMAR EN EMERGENCIA:

NAME NOMBRE	_____	RELATIONSHIP RELACION	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____
NAME NOMBRE	_____	RELATIONSHIP RELACION	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____

DOCTOR OR DENTIST TO BE CALLED IN CASE OF EMERGENCY/DOCTOR O DENTISTA A QUIEN DEBE LLAMARSE EN EMERGENCIA:

DOCTOR DENTISTA	_____	MEDICAL PLAN PLAN MEDICO	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____
DOCTOR DENTISTA	_____	DENTAL PLAN PLAN DENTAL	_____	TELEPHONE TELEFONO	_____

*IF DOCTOR CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOUB BE TAKEN?
 SI NO PODEMOS COMUNICAR CON EL DOCTOR, QUE MEDIDAS DEBEMOS TOMAR?

CALL PARAMEDICS
LLAMAR PARAMEDICOS

OTHER (EXPLAIN)
OTRA (EXPLIQUE) _____

HEALTH INFORMATION / INFORMACION DE SALUD

HAS YOUR CHILD HAD THE FOLLOWING (PLEASE MARK) /
HA TENIDO SU NIÑO(A) LO SIGUIENTE (POR FAVOR MARQUE)

CHICKEN POX VIRUELA _____	SINUS TROUBLE PROBLEMAS NASALES _____	HEADACHES DOLORES DE CABEZA _____
MEASLES SARAMPION _____	EAR INFECTION INFECCIONES DE OIDO _____	FAINTING DESMAYOS _____
GERMAN MEASLES SARAPION ALEMAN _____	APPENDICITIS APENDICITIS _____	CONSTIPATION ESTREÑIMIENTO _____
RHEUMATIC FEVER FIEBRE REUMATICA _____	ASTHMA ASMA _____	STOMACH UPSET MALESTAR ESTOMACAL _____
SCARLET FEVER FIEBRE ESCARLATA _____	HAY FEVER CATARO ASMATICO _____	SKIN RASH RONCHAS EN LA PIEL _____
DIPHTHERIA DIFTERIA _____	TONSILITIS AMIGDALITIS _____	NOSEBLEEDS SANGRADOS DE NARIZ _____
HEART TROUBLE PROBLEMAS CARDIACOS _____	FREQUENT COLDS CATARROS FRECUENTES _____	MUMPS SARAMPION _____

GIVE YEAR OF LAST IMMUNIZATION OR BOOSTER / DE EL AÑO EN QUE SE VACUNO POR ULTIMA VEZ:

TETANUS TETANO _____	DIPHTHERIA DIFTERIA _____	WHOOPIING COUGH TOSFERINA _____
POLIO POLIO _____	MUMPS PAPERAS _____	MEASLES SARAMPION _____
GERMAN MEASLES SARAMPION ALEMAN _____		

DOES YOUR CHILD HAVE ANY ALLERGIES / TIENE ALGUNA ALERGIA SU NIÑO(A)? YES/SI _____ NO _____
ALLERGIES
ALERGIAS _____

HAS YOUR CHILD RECEIVED ANY SERIOUS INJURIES OR ILLNESS/
HA SUFRIDO SU NIÑO(A) ALGUNA LESION O ENFERMEDAD GRAVE? YES/SI _____ NO _____
INJURY OR ILLNESS
LESION O ENFERMEDAD _____

HAS YOUR CHILD RECEIVED MEDICAL TREATMENT DURING THE PAST YEAR/
HA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO SU NIÑO(A) DURANTE EL AÑO PASADO? YES/SI _____ NO _____
DATE _____ REASON _____
FECHA _____ RASON _____

DOES YOUR CHILD TAKE ANY MEDICATION/
TOMA SU NIÑO(A) ALGUNA LASE DE MEDICAMENTO? YES/SI _____ NO _____
MEDICATION
MEDICAMENTO _____

YOU MUST NOTIFY THE OFFICE IF YOUR CHILD BRINGS MEDICATION/
TIENE QUE AVISARLE A LA OFICINA SI SU NIÑO(A) TRAE MEDICINA.

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT / CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

AS THE PARENT, AGENCY REPRESENTATIVE OR LEGAL GUARDIAN, I HEREBY GIVE CONSENT TO NORTH HOLLYWOOD RECREATION CENTER
COMO PADRE/MADRE, REPRESENTANTE DE AGENCIA O GUARDIAN LEGAL, DOY MI CONSENTIMIENTO AL CENTRO RECREATIVO DE NORTH HOLLYWOOD

TO PROVIDE ALL EMERGENCY MEDICAL AND DENTAL CARE PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN OR DENTIST FOR
PARA QUE ATIENDA TODO CUIDADO DE EMERGENCIA MEDICA O DENTAL RECETADO POR UN MEDICO O DENTISTA LICENCIADO A

CHILD'S NAME

THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER WHATEVER CONDITIONS TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF MY CHILD.
ESTE CUIDADO PUEDE DARSE BAJO CUALQUIER CONDICION NECESARIA PARA PRESEVAR LA VIDA, PIERNA O BRAZO, O EL BIENESTAR DE MI NIÑO(A).

PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE
FIRMA DE PADRE/MADRE O GUARDIAN _____

DATE
FECHA _____