



PARK PROUD LA

SOLICITUD DE REGISTRO DE CLASE / ACTIVIDAD

• Apellido de Participante: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Hombre: Mujer:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

Nombre de Escuela: _____ Grado: _____

• Padre/Guardián _____ Teléfono _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

• Padre/Guardián _____ Teléfono _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

• Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono Celular _____ E-mail _____

CLASES / ACTIVIDAD	SESIÓN	COSTO	NUMERO DE RECIBO	INICIALES DEL PERSONAL

POLÍTICA DE DEVOLUCIÓN: los reembolsos se darán hasta el día anterior a la primera reunión de la clase solamente. Un honorario de la administración del 15% será evaluado por el centro de Recreación para cualquier patrón concedido un reembolso. Las restituciones completas no serán emitidas a menos que una clase o Liga Deportiva sea cancelada por el centro. **NO HABRÁ REEMBOLSOS** después de que el programa haya empezado a menos que una clase o una Liga Deportiva sea cambiada o cancelada por el centro de recreación. Los créditos o los maquillajes no serán dados para las clases faltadas por el patrón. Por favor, permita 6-8 semanas para el procesamiento de todas las solicitudes de reembolso. Los honorarios mensuales/semanales/de la sesión deben ser pagados antes del primer día de la clase/actividad.

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/PARTICIPANTE: , Mediante la participación de mi hijo en el programa 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 para proporcionar un ambiente seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo que la naturaleza de los 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 no tiene seguridad. 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 Medico licenciado profesional que convive con las provisiones del Medicina Practica Acto en los empleados del hospital licenciado, cuando alguna acción sea requerida en la oficina de el Medico 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. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento al tratamiento

LIBERACIÓN DE FOTOS: al participar en nuestros programas, los clientes acuerdan permitir que el Departamento de recreación y parques de la ciudad de los Ángeles, sus agentes y representantes asignados y el centro de recreación Hollenbeck permiso para usar la imagen (digital, película y/o audio) y testimonios de participantes para su uso en materiales publicitarios gratuitos de cualquier cargo o costo de uso.

He leído, entendido y acepto cumplir con las políticas y prácticas antes mencionadas.

FIRMA DEL PADRE/PARTICIPANTE: _____ **FECHA:** _____