



CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS

# PECAN RECREATION CENTER

145 South Pecan St Los Angeles, CA 90033  
(323) 262-2736 PECANPARKRC

## CLASS REGISTRATION

SEASON: \_\_\_\_\_

### PARTICIPANT INFORMATION/ INFORMACION DE PARTICIPANTE

LAST NAME/APELLIDO:		FIRST NAME/NOMBRE:		MIDDLE INITIAL/INICIAL:	
BIRTH DATE/FECHA DE NACIMIENTO: / /		AGE/EDAD:		GENDER/GENERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADDRESS/DOMICILIO :		APT#:		EMAIL:	
CITY/CIUDAD:			ZIP CODE/ZONA POSTAL:		
MEDICAL PROBLEMS OR SPECIAL NEEDS/NECESIDADES MEDICAS:					
COVID19 VACCINATION STATUS/ STATUS DE VACUNACION: <input type="checkbox"/> VACCINATED <input type="checkbox"/> NOT VACCINATED			VACCINE DATES/FECHAS DE VACUNA: 1 <sup>ST</sup> DOSE/ 1 <sup>ST</sup> DOSIS: _____ 2 <sup>ND</sup> DOSE/ 2 <sup>ND</sup> DOSIS: _____		

### PARENT INFORMATION/ INFORMACION DE PADRE

PARENT/GUARDIAN #1:		CELL PHONE/CELULAR:		OK TO TEXT: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
PARENT/GUARDIAN #2:		CELL PHONE/CELULAR:		OK TO TEXT: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA:		RELATIONSHIP/RELACION:		CELL PHONE/CELULAR:	

CLASSES/CLASSES:	DAY/DIA:	TIME/HORARIO:	RR NUMBER: (OFFICE ONLY)

### PARENT CONSENT FORM

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que mi hijo, cuyo nombre aparece arriba, asista y participe en el programa atlético. 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 las capacidades de mi menor y creo que el menor está calificado, en buen estado de salud y en condición física adecuada para participar en dicha actividad. Acepto relevar al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles, sus agentes oficiales y empleados de cualquier responsabilidad en relación con cualquier lesión de mi hijo en relación con esta actividad. Entiendo que la Ciudad y las Instalaciones de Recreación NO TIENEN SEGURO. Derecho de publicidad: Autorizo al Departamento de Recreación y Parques de la ciudad de Los Angeles a hacer, adquirir o usar 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 a la Ciudad de Los Angeles, al Departamento de Recreación y Parques como agentes para que el suscrito autorice un examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y tratamiento hospitalario. atención que se considere aconsejable y se prestará 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, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en la oficina de dicho médico o dicho hospital. Se entiende que esta autorización se otorga con anterioridad a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su mejor juicio considere conveniente. Esta autorización permanecerá vigente durante la duración del programa, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a dicho agente.

**PARENT SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**SPECIAL NOTE: REFUNDS ARE NOT GRANTED UNLESS PROGRAM IS CANCELED BY RECREATION CENTER**

**COVID-19 ACCEPTANCE OF RISK AND WAIVER OF LIABILITY**

By my participation I am fully aware that there are a number of risks associated with me and/or my child entering onto City of Los Angeles Department of Recreation and Parks (RAP) property, participating in RAP programs, and utilizing RAP equipment and facilities during the COVID-19 pandemic. This waiver, release, and other representations and covenants set forth herein are given in consideration for RAP permitting me and/or my child to participate in practice and/or conditioning during this emergency period.

Therefore, without limitation, I understand that I and/or my child could contract COVID-19 disease which could result in a serious medical condition requiring medical treatment in a hospital or could possibly lead to death.

On behalf of myself and/or my child and our heirs, successors and assigns, I knowingly and freely, assume all such COVID-19 related risks, both known and unknown, relating to my and/or my child's entry onto RAP property, participation in RAP programs, and utilization of RAP equipment and facilities as described above, and I hereby forever release, waive, relinquish, and discharge RAP, along with its officers, agents, employees, or other representatives, and their successors and assigns (collectively, the "**City Representatives**"), from any and all COVID-19 related claims, demands, liabilities, rights, damages, expenses, and causes of action of whatever kind or nature, and other losses of any kind, whether known or unknown, foreseen or unforeseen, (collectively, "**Damages**") as a result of me and/or my child entering onto RAP property, participating in RAP programs, and utilizing RAP equipment and facilities as described above, including but not limited to personal injuries, death, disease or property losses, or any other loss, and including but not limited to claims based on the alleged negligence of any City Representative or any other person related to COVID-19 sanitization. I further promise not to sue RAP or any City Representative, and agree to indemnify and hold them harmless from any and all Damages resulting from me and/or my child's contraction of COVID-19.

**I acknowledge that I have read, understand, and consent to all of the policies and authorizations as listed on this document. By my and/or my child's participation I agree to follow and abide by these rules.**

**Print Name of Adult/Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Signature of Adult/Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**COVID-19 Aceptación del Riesgo y Renuncia a la Responsabilidad**

Por favor tenga en cuenta que, con su participación, reconoce que es plenamente consciente de que existen una serie de riesgos asociados con su entrada y / o la de su menor acompañado a la propiedad del Departamento de Recreación y Parques (RAP) de la Ciudad de Los Ángeles, participando en programas de RAP, y utilizando equipos de RAP e instalaciones durante la pandemia de COVID-19. Esta renuncia, divulgación y otras representaciones y convenios establecidos en este documento se dan en consideración para que RAP le permita a usted y / o a su menor acompañado participar en practica y/o acondicionamiento durante este período de emergencia.

Por lo tanto, sin limitación, usted reconoce y entiende que usted y / o su menor acompañado podrían contraer la enfermedad de COVID-19, la cual podría ocasionar una grave infección médica que requiera tratamiento médico en un hospital o posiblemente la muerte.

En nombre de usted y / o de su menor acompañado y sus herederos, sucesores y asignados, usted, consciente y libremente asume todos los riesgos relacionados con COVID-19, tanto conocidos como desconocidos, relacionados con su entrada y / o la de su menor acompañado en la propiedad de RAP, participación en programas de RAP y utilización de equipos e instalaciones de RAP como se describe anteriormente, y por la presente libera, renuncia y descarga para siempre RAP, junto con sus oficiales, agentes, empleados u otros representantes, y sus sucesores y asignados (colectivamente, los "**Representantes de la Ciudad**"), de cualquier reclamo relacionado con COVID-19, demandas, responsabilidades, derechos, daños, gastos y causas de acción de cualquier tipo o naturaleza, y otras pérdidas de cualquier tipo, ya sean conocidas o desconocidas, previsto o imprevisto (colectivamente, "**Daños**") como resultado de que usted y / o su menor acompañado ingresen a la propiedad de RAP, participen en programas de RAP y utilicen equipos e instalaciones de RAP como se describió anteriormente, incluyendo, entre otros, lesiones personales, muerte, enfermedad o pérdidas de propiedad, o cualquier otra pérdida, y incluye, en otros, reclamos basados en la presunta negligencia de cualquier Representante de la Ciudad o cualquier otra persona relacionada con la desinfección de COVID-19. Además, promete no demandar a RAP ni a ningún Representante de la Ciudad, y acepta indemnizarlos y eximirlos de cualquier daño que resulte en la contracción de COVID-19 de usted y / o su menor acompañado.

**Yo reconozco que he leído, entiendo y acepto todas las políticas y autorizaciones que se enumeran en este document. Por la participación de mi y/o mi hijo/a, estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.**

**Nombre de Adulto/Tutor/ Guardián:** \_\_\_\_\_

**Firma de Adulto/Tutor/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_