



City of Los Angeles
 Department of Recreation and Parks
Ross Snyder Recreation Center

1501 41st Street
 Los Angeles, CA 90011
 (323) 231-3964
 Fax (323) 235-5288

E-Mail rossnyder.recreationcenter@lacity.org

YOUTH CLASS REGISTRATION FORM

CLASS:	DAY:	TIME:
---------------	-------------	--------------

PARTICIPANT	Last Name: _____ First Name: _____ Female: ___ Male: ___
	Birthday: ___ / ___ / ___ Age: _____ Grade: _____ School: _____

GENERAL	Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
	Parent/Guardian: _____ Home Phone: _____
	Work Phone: _____ Cell Phone: _____ E-Mail: _____
	Emergency Contact Name: _____ Phone: _____

PARENT CONSENT FORM

I, the undersigned, give permission for my child, whose name appears above, to participate in the **Ross Snyder RC** activities program/s. I understand the nature of the activities and the minor's experience and capabilities and believe the minor to be qualified, in good health, and in proper physical condition to participate in mentioned 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 program. I understand that the Recreation Facility **CARRIES NO INSURANCE**. I, the undersigned parent of, _____ a minor, do hereby authorize **City of Los Angeles** 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.

Parent Name (Print) _____ Signature: _____ Date: _____

For Office Use:

Amount Paid	Receipt No.	<input type="checkbox"/> Check this Box if this is a FREE class
-------------	-------------	---



City of Los Angeles
 Department of Recreation and Parks
Ross Snyder Recreation Center

1501 41st Street
 Los Angeles, CA 90011
 (323) 231-3964
 Fax (323) 235-5288

E-Mail rossnyder.recreationcenter@lacity.org

REGISTRO PARA CLASE JUVENIL

CLASE:	DIA:	HORA:
PARTICIPANTE(A)	Apellido: _____ Primer Nombre: _____ H: ___ M: ___ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: ___ Grado: ___ Peso: ___ Pulgadas: ___ School: _____	
GENERAL	Dirección: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____ Padre/Guardian: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de celular: _____ Pager: _____ En caso de Emergencia: Nombre _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de celular: _____ Pager: _____	
Por favor verifique abajo si usted está interesado(a) en ayudar con uno de lo siguiente: ___ Entrenador ___ Ayudante ___ Voluntario _____ de Equipo		
Cómo oyó de este programa? ___ Correo ___ Periodico ___ Amigo(a)/Familia ___ Escuela ___ Teléfono ___ Otra Manera _____		
<p>PARENT CONSENT FORM</p> <p>Yo, que firmo, doy el permiso para mi niño(a), Ross Snyder Rec Center cuyo nombre aparece anteriormente, participa en el programa De Fit 'N Fun. Yo entiendo la naturaleza las actividades de los deportes y la experiencia y capacidades del menor, y creo que el menor es calificado, en buena salud, y condición física apropiada para participar en tal actividad. Yo estoy de acuerdo a relevar la Ciudad de Los Angeles Departamento de Recreación y Parques, sus agentes y empleados de cualquier obligación en relación con cualquier lesion a mi niño(a) en relación con esta liga. Yo entiendo que el Centro de Recreación NO TIENE SEGURO. Yo el padre que firmo por _____ un menor, autorizo a City of Los Angeles como agentes para mi, y mi consentimiento al examen de X-ray, anestésico, diagnóstico medico o quirurgico o tratamiento y cuisado del hospital para que se juzgan aconsejable, y sera da do bajo la vigilancia de cual quier medico autorizado bajo de las reglas del Acto de la Práctica Medica en el personal de un hospital autorizado, si tal diagnóstico, tratamiento o cuidado del hospital que el medico, en el ejercicio de su profesion piensa es prudente. East autorización permanecerá eficaz para la duración del programa, a menos que se revoque y se entregue al agente.</p> <p>Nombre del Padre: _____ Firma: _____ Fecha: _____</p>		

For Office Use:

N/A Amount Paid	Receipt No.	Check this Box if this is a FREE class
--------------------	-------------	--