City of Los Angeles-Department of Recreation and Parks

LA KIDS

Registration Form

Facility: Ross Snyder RC **Region:** Pacific **Session:** WINTER 2020

PARTICIPANT

Last Name / Apellido Nombre | First Name / Primero Nombre

/ / Birthdate / Fecha de Nacimiento

_____ Age / Edad | _____ Grade / Grado | _____ Male /Masc. | _____ Female / Fem.

Parent or Guardian / Padre o Guardian

Last Name / Apellido Nombre | First Name / Primero Nombre

Address / Dirrecion | City / Ciudad | Zip / Codigo Postal

( ) Main Phone / Telefono | ( ) Work / Trabajo | E-mail

Emergency Contact / Contacto de Emeergencia

Name / Nombre | ( ) Main Phone / Telefono | ( ) Work / Trabajo

Class Request / Solicitud de Clases

Class / Classe	Day / Dia	Time / Tiempo	Class / Classe	Day / Dia	Time / Tiempo
* NOTE: Class Dates Jan. 27 - Mar 20, 2020					
____ Hip Hop Dance (Age 6-12 / Wed, 5-6pm)			____ Keyboards (age 7-12 / Wed, 6-6:30pm)		
____ Drum/Percussion (Age 7-12 / Wed 5-6pm)			____ Guitar (age 7-12/ Wed, 6:30-7pm)		

PARENT/PARTICIPANT CONSENT FORM

I the undersigned, give permission for my child, whose name appears above, to participate in this program. I understand the nature of this activity and know the minor's experience and capabilities and believe the minor to be qualified, in good health, and in proper physical condition to participate in such activity. I authorize the City to make, procure or use photographs, film, tapes or other likenesses of Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with program's publicity material in perpetuity and without compensation. I agree to relieve the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks, its Officers 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 the child whose name appears above on this form, a minor, do hereby authorize the Recreation Center Staff as agents for the undersigned to consent to X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and 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 their best judgment may deem advisable. This authorization shall remain effective for the duration of the program I have registered for unless revoked sooner in writing and delivered to said agent

PADRE/PARTICIPANTE FORMULARIO de CONSENTIMIENTO

Yo el firmante autorizo el permiso para que el niño (o la niña) cuyo nombre aparece arriba, participe en este programa. Yo, el firmante asumo el entendimiento y comprendo la naturaleza de estas actividades sabiendo que la experiencia y capacidad del menor lo califica en, buena salud y optima condición física, para participar en dichas actividades. Authorizo la ciudad a hacer, conseguir o utilizar fotografías, la película, las cintas u otras semejanzas o imagen física de Menor y/o voz como puede ser necesitado para el uso con materia de la publicidad de programa en la perpetuidad sin compensación. Yo, el firmante acepto exonerar y no responsabilizar a la City of Los Angeles Department of Recreations and Parks (Ciudad de Los Ángeles Departamento de Recreaciones y Parques) sus Oficiales, Agentes a cargo y sus Empleados, de cualquier reclamo de compensación monetaria o reembolso (Liability) en conexión con algún monetaria o reembolso (Liability) en conexión con algún accidente o herida personal que le ocurriera al mismo menor durante su participación en este programa. Yo entiendo que las Instalaciones de Recreación (Recreation Facilities) no tienen ASEGURANZA (CARRIES NO INSURANCE). Yo. El firmante, Padre (o Madre) del menor (niño o niña) cuyo nombre aparece arriba, decreto y autorizo al Recreation Center Staff (a los Empleados del Centro de Recreación) a representarme (como Firmante del consentimiento) como mis mis agentes a cargo en caso de emergencias, exámenes de Rayos X, Anestesia, Asistencia Medica o diagnostico de Cirugía o tratamiento especializado. Incluyendo asistencia Hospitalaria que haya sido aconsejada y ejecutada por personal especializado y licenciado en Medicina bajo las reglas que rigen el Medical Practice Act (Reglamento de Practica Medica) que autoriza a al Hospital y sus Empleados a ejercer sus funciones de diagnostico o tratamiento ya sea en las oficinas o en el Hospital del Médico o el Hospital ya designado. Se entiende que esta autorización se otorga adelantando la posibilidad de tener que asumir alguna emergencia, diagnostico, tratamiento o asistencia Hospitalaria lo que sería determinado por el Médico de turno en el ejercicio de sus funciones. Esta autorización debe mantenerse efectiva mientras dure el Programa en el cual he registrado mi firma. En caso de tener que revocar este documento es necesario mandar una declaración por escrito al agente del mismo.

_____ Print Name / Imprimir Nombre | _____ Signature / Firma | / / Date / Fecha

Are there any classes you would like to recommend? _____

_____ Rev: 4/7/17 LH