



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks South Park Recreation Center  
**CLASS/ CLINICS PARTICIPANT INFORMATION FORM**



**PLEASE FILL OUT THIS FORM CLEARLY AND COMPLETELY • ONE FORM PER PARTICIPANT**

**PARTICIPANT LAST NAME:** \_\_\_\_\_ **PARTICIPANT FIRST NAME:** \_\_\_\_\_

**BIRTH DATE:** \_\_\_\_\_ **AGE:** \_\_\_\_\_ **SEX:** Male Female

**Address:** \_\_\_\_\_ **City:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_

**Primary Contact:** Cell Home Work Cell Phone: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_

Primary Phone #: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Name:** \_\_\_\_\_ **Relation to Participant:** \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Alternate Phone: \_\_\_\_\_

Please fill in all classes /clinics the participant is taking		Session:	
NAME OF CLASS/CLINICS:	DAY:	TIME:	FEE:

**INITIAL EACH POLICY BELOW:**

\_\_\_\_\_ **REFUND POLICY:** Refunds will be issued only until the Wednesday prior to the start of the class session unless the program is cancelled by the Recreation Center. A non-refundable 15% administrative fee will be assessed by the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks for any patron granted a refund, change, or transfer. Additional fees will be charged for any classes the patron attended. Credits or make-ups will not be given for classes missed by the patron.

\_\_\_\_\_ **PARENT CONSENT:** By registering, you understand that you are giving your authorization to participate in the Baldwin Hills Recreation Center programs and all activities therein. You further agree to relieve the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks, its officer, agents, and employees from any liability for injury to you or your child(ren) resulting from and/or in connection with the activities in this program. You understand that the Recreation Center carries no insurance. You do hereby authorize the City of Los Angeles to act as agent for you and your child(ren): to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis, treatment/hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and/or surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act and on the medical staff of a licensed hospital; whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital. This authorization is given in advance of any specific consent.

\_\_\_\_\_ **PHOTO RELEASE:** By participating in our programs, patrons agree to allow the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks and the Baldwin Hills Recreation Center to use photographs, video tapes, and testimonials of participants for use in publicity materials free of any fee or usage charge.

**I have read, understand, and agree to abide by the above-mentioned policies and practices.**

**SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	<b>Received by: Receipt No.:</b>	<b>HHID#</b>
----------------------------	----------------------------------	--------------



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks South Park Recreation Center  
**CLASES/ CLINICAS FORMA DE INFORMACION DEL PARTICIPANTE**  
**POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO DE FORMA CLARA Y COMPLETA •**  
**UN FORMULARIO POR PARTICIPANTE**



**PARTICIPANTE APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **PARTICIPANTE NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **GENERO:** Masculino Femenino

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Zona Postal:** \_\_\_\_\_

**Padre/Guardian Legal:** \_\_\_\_\_

**Contacto Primario:** Celular de trabajo o casa : \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Nombre de Padre/Guardian :** \_\_\_\_\_

Telefono Primario #: \_\_\_\_\_

**Nombre de Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relacion al Participante:** \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono Alternativo: \_\_\_\_\_

<b>Por favor, rellene todas las clases / clínicas que el participante está tomando</b>		<b>Sesión:</b>	
<b>NOMBRE DE LA CLASE/CLINICA:</b>	<b>DÍA:</b>	<b>HORA:</b>	<b>PRECIO:</b>

**INICIALE CADA PÓLIZA A CONTINUACIÓN:**

\_\_\_\_\_ **POLÍTICA DE REEMBOLSO:** Los reembolsos se emitirán solo hasta el miércoles anterior al inicio de la sesión de clase, a menos que el programa sea cancelado por el Centro de Recreación. El Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles aplicará una tarifa administrativa no reembolsable del 15% para cualquier cliente al que se le otorgue un reembolso, cambio o transferencia. Se cobrarán tarifas adicionales por cualquier clase a la que asista el cliente. No se darán créditos ni maquillajes por las clases perdidas por el patrón.

\_\_\_\_\_ **CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES:** Al registrarse, usted entiende que está dando su autorización para participar en los programas del Centro Recreativo South Park y todas las actividades en ellos. Además, usted acepta eximir al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles, a su funcionario, agentes y empleados de cualquier responsabilidad por lesiones a usted o a su(s) hijo(s) como resultado de y/o en relación con las actividades de este programa. Usted entiende que el Centro recreativo no tiene seguro. Por la presente, usted autoriza a la Ciudad de Los Ángeles a actuar como agente para usted y su(s) hijo(s): para dar su consentimiento a cualquier examen de rayos X, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento / atención hospitalaria que se considere aconsejable por, y debe ser prestado bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y / o cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica de Medicina y en el personal médico de un hospital con licencia; si dicho diagnóstico o tratamiento se realiza en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital. Esta autorización se otorga con antelación a cualquier consentimiento específico.

\_\_\_\_\_ **COMUNICADO DE FOTO:** Al participar en nuestros programas, los clientes aceptan permitir que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles y el Centro Recreativo South Park usen fotografías, cintas de video y testimonios de participantes para su uso en materiales publicitarios sin cargo o cargo por uso.

**He leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas y prácticas mencionadas anteriormente.**

**FIRMA DEL PADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	<b>Received by: Receipt No.:</b>	<b>HHID#</b>
----------------------------	----------------------------------	--------------