



City of Los Angeles - Department of Recreation and Parks
STATE STREET RECREATION CENTER



Formulario de inscripción para el club después de la escuela 2019-20

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Apellido: _____ Nombre: _____ M F Cumpleaños: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Salón # _____ Nombre del maestro _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA PADRES / TUTORES

Nombre del padre / tutor: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de la casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Nombre del padre / tutor: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de la casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

PERSONA (S) A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA, si no me pueden localizar

Nombre: _____ teléfono: (____) _____ Relación _____

Nombre: _____ teléfono: (____) _____ Relación _____

Solo las siguientes personas están autorizadas a recoger a mi hijo

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre: _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombre del padre / tutor: _____ Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

LIBERACIÓN DE EXENCIÓN

ACUERDO QUE ASUME RIESGO DE LESIONES O DAÑOS, RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RECLAMACIONES Y AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE MENORES EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Por la presente autorizo a mi hijo / hija _____ a viajar (autobús, camioneta o caminar) a cualquier excursión / excursión / recogida en la escuela / parada en el autobús en asociación con el CENTRO DE RECREACIÓN STREET STREET, incluida la caminata de la escuela con el personal al Centro de Recreación de State Street después Club de escuela. Libero a la Ciudad de Los Ángeles y a sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier responsabilidad en relación con esta autorización.

(Yo) / (Nosotros), el (los) padre (s) abajo firmante (s) de un menor de edad, autorizo a los DIRECTORES Y PERSONAL DE STATE STREET CENTRO DE RECREACIÓN como agente (s) para que el abajo firmante consienta en cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria, que se considera aconsejable y debe prestarse bajo la supervisión general o específica de cualquier médico (MD), dentista (DDS) o cirujano con licencia según lo dispuesto en la Ley de Práctica Médica, o el El personal médico de un hospital autorizado, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital. Este cuidado se puede brindar en cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, las extremidades o el bienestar de mi dependiente. CALIFORNIA SECCIÓN 25.8 CÓDIGO CÍVICO

Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria que pueda requerirse, y se otorga para otorgar autoridad y poder por parte de dichos agentes para dar su consentimiento específico a todos y cada uno dicho diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su mejor juicio pueda considerar aconsejable. Además, libero al Departamento de Recreación y Parques, Ciudad de Los Ángeles, y a sus oficiales, agentes o empleados de cualquier responsabilidad en relación con esta solicitud.

Soy consciente de que existen ciertos riesgos de lesiones y / o daños inherentes a las actividades del Programa.

Entiendo que si mi hijo se porta mal y / o está enfermo y necesita ser enviado a casa, acepto recogerlo a la hora solicitada por el personal de ASC.

Acepto completar el formulario de historial de salud del campamento que proporciona el historial de salud actual, completo y veraz de Minor, incluido el historial de vacunación y el estado general de salud física, mental y emocional. Bajo ciertas condiciones médicas, entiendo que State Street Recreation Center puede requerir una autorización por escrito basada en un examen físico realizado por una persona médica con licencia como requisito para que el menor participe en el programa. A mi leal saber y entender, el menor no está sujeto a una enfermedad física o mental o bajo la influencia de cualquier medicamento u otra sustancia que pueda obstaculizar su parte segura.

Firma de padres _____ Date: _____

Firma de padres _____ Date: _____

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DE SALUD

Apellido del participante: _____ Nombre: _____ M F Cumpleaños: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Vacuna actual contra el tétanos: sí no

Ha tenido el niño lo siguiente:

Varicela ____ Fiebre reumática ____ Sarampión ____ Problemas sinusales ____ Paperas ____ Resfriados ____ Dolores de cabeza ____
Sarampión alemán ____ Desmayo ____ Infecciones del oído ____ Asma ____ Amigdalitis ____ Estreñimiento ____ Malestar estomacal ____
Apendicitis ____ Fiebre Escarlata ____ Difteria ____ Problemas del corazón ____ Fiebre del heno ____ Erupción cutánea ____

Sangrado de nariz ____ Otro: _____

Comentarios: _____

Lista de reacciones alérgicas:

Comida (s): _____

Picadura de abeja (etc.): _____

Fármacos / medicamentos (penicilina, etc.): _____

Operaciones o lesiones graves: _____

Ha recibido el niño tratamiento médico en el último año? _____ En caso afirmativo, indique la fecha y el motivo del tratamiento

Toma el niño algún medicamento actualmente? _____ En caso afirmativo, enumérelos, dosis y cantidades específicas diariamente.

** Dosis de medicamento (1 píldora, media píldora, etc.) Veces diariamente (1 vez, con alimentos, etc.)

1. _____

2. _____

3. _____

Proveedor médico: _____ Nombre del médico: _____

** No estamos autorizados a administrar medicamentos. El participante debe poder autoadministrarse medicamentos. (Abra y cierre el contenedor, tome medicamentos, etc. ... sin ayuda del personal).