



CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS

STONEHURST RECREATION CENTER
9901 Dronfield, Sun Valley, CA 91352
(818) 767-0314



FORMA PARA CLASES DE PLAY LA Y GPLA

PARTICIPANTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ [ ] Niño [ ] Niña Escuela \_\_\_\_\_
¿Tiene una necesidad especial o incapacidad? [ ] Sí [ ] No Si sí, ¿Qué comodidad usted necesitaría? \_\_\_\_\_

GENERAL

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, CA Código Postal \_\_\_\_\_
Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el mejor número para comunicarnos con usted? [ ] Casa [ ] Celular
Nombre de Guardián Legal 1 \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Nombre de Guardián Legal 2 \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CONTACTO DE PERSONE EN UNA EMERGENCIA (OTRA PERSONA NO MENCIONADA ARRIBA Y MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD)

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relación del el participante \_\_\_\_\_
Número de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Entiendo la naturaleza de las actividades y de mi capacidad y creo que es calificado, en buena salud, y en buena condición física para participar en dicha actividad. Estoy de acuerdo en liberar la ciudad de Los Ángeles Departamento de Recreación y Parques, sus agentes, oficiales y empleados de cualquier responsabilidad en relación con cualquier daño a mí o mi hijo en relación con esta actividad. Tengo entendido que el Local de recreo NO TIENE SEGURO.

YO autorizo \_\_\_\_\_ Centro de Recreación de Stonehurst como agentes de los abajo firmantes al consentimiento para examen de rayos X, anestésico, médicas o quirúrgicas diagnóstico o tratamiento y atención hospitalaria que se considere conveniente, y es el que representa en virtud de las disposiciones de la Ley de Ejercicio de la medicina en el personal de un hospital con licencia, si este diagnóstico o tratamiento se representa en la oficina de dicho médico o dicho hospital. Se entiende que esta autorización se da en cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que dicho médico en el ejercicio de su mejor juicio estime conveniente. Esta autorización será efectiva en el período de duración del programa, a menos que sea revocada por escrito y entregado a dicho agente.

Por la ciudad de Los Ángeles y el Departamento de Recreación y Parques permiso para usar la imagen de mi hijo/a en fotografía (s) / video en todas sus publicaciones, materiales promocionales o en Internet, sin previa autorización, ahora en el futuro, o perpetuidad. No haré ninguna reclamación económica o de otro tipo contra las entidades antes mencionadas por el uso de la imagen de mi hijo/a en las fotografías o video.

Tenga en cuenta: Cualquier participante que no asista a primera clase o con múltiples ausencias será eliminado de la clase por el instructor o el centro de recreación.

No se reembolsará el 15% de gastos de registración serán evaluadas por la ciudad de L. A. para cualquier persona concede un crédito, cambio, devolución o transferencia por clase o registro liga deportiva. El Centro de Recreación de Stonehurst NO DA REEMBOLSOS/ CRÉDITOS una vez iniciado el programa, a menos que una clase o liga deportiva es cancelado por el Centro de recreo. El Centro de Recreación de Stonehurst reserva el derecho de combinar programas con otros parques y/o divisiones cuando sea necesario. Por favor note que se cobrará un cargo administrativo de \$10 para cambiar o transferir clases.

[ ] Entiendo que se requerirá PRUEBA DE VACUNACIÓN COVID-19 para los participantes de 12 años en adelante que son elegibles para la vacuna para participar en estos programas.

Nombre del padre/guardián \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
SEASON: WINTER [x] SPRING [ ] SUMMER [ ] FALL [ ]

Table with 8 columns: CLASS, Receipt #, CLASS, Receipt #, CLASS, Receipt #, CLASS, Receipt #. Rows include activities like Outdoor Volleyball, Disk Golf Frisbee, Archery, Kickball, and Friday Night Basketball.

PAYMENT AMOUNT \$ \_\_\_\_\_ PAYMENT REC'VD BY \_\_\_\_\_



**CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS**  
**STONEHURST RECREATION CENTER**  
 9901 Dronfield. Sun Valley, CA 91352  
 (818) 767-0314  
**PLAY LA & GPLA CLASSES REGISTRATION FORM**



<b>PARTICIPANT</b>	First Name _____ Last Name _____
	Age _____ Date of Birth ____/____/____ <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female School _____
	Do you have a special need or disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, What accommodation would you need? _____

<b>GENERAL</b>	Address _____ City _____, CA Zip Code _____
	Home Phone Number ____ (____) ____ - _____ Best phone number to reach you at? <input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Cell Phone
	Parent /Guardian 1 Name _____ Cell Phone ____ (____) ____ - _____
	Email _____ Work Phone ____ (____) ____ - _____
	Parent /Guardian 2 Name _____ Cell Phone ____ (____) ____ - _____
	Email _____ Work Phone ____ (____) ____ - _____
<b>EMERGENCY CONTACT PERSON (ANOTHER PERSON NOT MENTIONED ABOVE AND OVER 18 YEARS-OLD)</b>	
Name _____ Relationship to participant _____	
Home Phone Number (____) ____ - _____ Cell Phone ____ (____) ____ - _____	

**CONSENT TO PARTICIPATE**

I, the undersigned, give permission for my child, whose name appears above, to participate in the Stonehurst R.C. youth program. I understand the nature of 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 such 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 Stonehurst Recreation Center CARRIES NO INSURANCE.

I, the undersigned parent of, \_\_\_\_\_, a minor, do hereby authorize Stonehurst R.C. 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.

I hereby grant the City of Los Angeles and the Department of Recreation and Parks permission to use my son's/daughter's likeness in photograph(s)/video in any and all kinds of its publications, promotional materials or on the Internet, without any further authorization, now or in the future, in perpetuity. I will make no monetary or other claim against the aforementioned entities for the use of my image in photographs or video.

**Please Note: Any participant not attending the first class meeting or with multiple absences will be dropped from the class by the instructor or recreation center.**

**A nonrefundable 15% administration fee will be assessed by the City of L.A. for any patron granted a credit, refund or transfer per class or sports league registration. Stonehurst Recreation Center does NOT ISSUE ANY REFUNDS/CREDITS once the session has started, unless a class or sports league is canceled by the Recreation Center. Stonehurst RC reserves the right to combine programs with other parks and/or divisions when needed. Please note that a \$10 administration fee will be charged to change or transfer classes.**

I understand that PROOF OF COVID-19 VACCINATION will be required for all participants 12 years old and older who are eligible for COVID vaccinations, to participate in these programs.

Parent/Guardian Name Print \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

SEASON: WINTER  SPRING  SUMMER  FALL

CLASS	Receipt #	CLASS	Receipt #	CLASS	Receipt #	CLASS	Receipt #
Outdoor Volleyball Mon- 4pm (7-10)		Disk Golf Frisbee Tue- 7pm (11-17)		Archery Thur- 6pm (8-10)			
Outdoor Volleyball Mon- 5pm (12-15)		Kickball Wed- 5pm (5-7)		Archery Thur- 7pm (11-17)			
Outdoor Volleyball Mon- 6pm (16-17)		Kickball Wed- 6pm (8-10)		Friday Night Basketball Fri- 6pm (8-10)			
Disk Golf Frisbee Tue- 5pm (5-7)		Kickball Wed- 7pm (11-17)		Friday Night Basketball Fri- 7pm (11-13)			
Disk Golf Frisbee Tue- 6pm (8-10)		Fitness/ Strengthening Thur- 5pm (11-17)		Friday Night Basketball Fri- 8pm (13-17)			

**PAYMENT AMOUNT \$ \_\_\_\_\_ PAYMENT REC'VD BY \_\_\_\_\_**