



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks



2024 Summer Camp – Registration Form

Program is for 5 to 12-year olds.

RECREATION CENTER:

SUNLAND PARK

(Centro de Recreacion)

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

First Name: Last Name: Male Female Other
(Nombre del Participante) (Apellido) (Masculino) (Femenino) (Otro)

Date of Birth: Age: Grade in Fall: School:
(Fecha de Nacimiento) (Edad) (Grado en el Otoño) (Escuela)

GENERAL INFORMATION (Información General)

Parent/Guardian Name: Cell #: Legal Custody: Yes No
(Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular) (Custodia Legal) (Sí) (No)

Parent/Guardian Name: Cell #: Legal Custody: Yes No
(Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular) (Custodia Legal) (Sí) (No)

Home Address: City: State: Zip:
(Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Home Phone: Work Phone: Email:
(Teléfono de Casa) (Teléfono de Trabajo) (Correo Electrónico)

EMERGENCY INFORMATION (Información de Emergencia)

Emergency Contact Name: Relation:
(Nombre de Contacto de Emergencia) (Relación)

Phone: Cell Phone:
(Teléfono) (Teléfono Celular)

Name of Out-of-State Contact: Relation:
(Nombre de Persona Fuera del Estado) (Relación)

Phone: Cell Phone:
(Teléfono) (Teléfono Celular)

PICK UP AUTHORIZATION (Autorización)

The following individuals have my unrestricted permission to pick up and sign out the above child without any further confirmation from me. Photo identification will be required upon picking up the participant.

(Las siguientes personas tienen mi permiso sin restricciones para recoger y firmar la salida del niño/niña sin ninguna confirmación ulterior de mí. Una identificación con foto será requerida al recoger al participante.)

Name: Relation: Phone:
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name: Relation: Phone:
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name: Relation: Phone:
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name: Relation: Phone:
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name of Person(s) specifically NOT Authorized:
(Nombre de la Persona Específicamente No Autorizada)

MEDICAL INFORMATION (Información Médica)

Insurance Provider: _____ Policy #: _____
(Proveedor de Aseguranza) (Póliza #)

Physician Name: _____ Phone: _____
(Nombre de Médico) (Teléfono)

Dentist Name: _____ Phone: _____
(Nombre de Dentista) (Teléfono)

List any Allergies: _____ Name all Medications: _____
(Anote cualquier alergia) (Nombra todos los medicamentos)

Conditions or behaviors that we should be aware of in case of major emergency: _____
(Condiciones o comportamientos que debemos tener en cuenta en caso de emergencia)

HEALTH HISTORY (Historial Médico)

HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING: (PLEASE WRITE YES OR NO)

(El participante ha tenido alguno de los siguientes: (POR FAVOR ESCRIBA SI O NO))

<input type="checkbox"/> Appendicitis (Apendicitis)	<input type="checkbox"/> Constipation (Estreñimiento)	<input type="checkbox"/> German Measles (Sarampión Alemán)	<input type="checkbox"/> Measles (Sarampión)	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)	<input type="checkbox"/> Stomach Upset (Malestar Estomacal)
<input type="checkbox"/> Asthma (Asma)	<input type="checkbox"/> Diphtheria (Difteria)	<input type="checkbox"/> Hay Fever (Fiebre de Heno)	<input type="checkbox"/> Mumps (Paperas)	<input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Fiebre Escarlata)	<input type="checkbox"/> Tetanus (Tétanos)
<input type="checkbox"/> Chicken Pox (Varicela)	<input type="checkbox"/> Ear Infection (Infección del Oído)	<input type="checkbox"/> Headaches (Dolor de Cabeza)	<input type="checkbox"/> Nose Bleeds (Sangrado por la Nariz)	<input type="checkbox"/> Sinus Trouble (Dificultad con Sinusitis)	<input type="checkbox"/> Tonsillitis (Amigdalitis)
<input type="checkbox"/> Colds(frequent) (Resfriados)	<input type="checkbox"/> Fainting (Desmayo)	<input type="checkbox"/> Heart Trouble (Problemas de Corazón)	<input type="checkbox"/> Polio (Polio)	<input type="checkbox"/> Skin Rash (Ronchas en la Piel)	<input type="checkbox"/> Whooping Cough (Tos Ferina)
Other (Otro): _____					

Year of last immunization or booster (Fecha de la última inmunización): _

Has your child received any medical treatment in the past year? _____ Date: _____
(El participante ha recibido tratamiento médico en el último año) (Fecha)

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE (LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR)

My child, a minor, has my permission to participate in all the activities. I understand that certain activities by nature have an increased risk of injury, including death, despite extensive measures taken by staff to provide a safe environment and ensure the safety of my child. I understand the nature of games and sports activities and I am aware of the minor's experience and capabilities and believe my child to be qualified, in good health and in proper physical and emotional condition to participate in such activities. I agree to relieve the City of Los Angeles, Department of Recreation & Parks, its officers and agents and employees from any injury to my child in connection with this program. I further understand that the City of Los Angeles Department of Recreation & Parks **CARRIES NO INSURANCE.**

(Mi hijo, un menor, tiene mi permiso para participar en todas las actividades. Entiendo que ciertas actividades por naturaleza tienen un mayor riesgo de lesiones, incluida la muerte, a pesar de las amplias medidas adoptadas por el personal para proporcionar un entorno seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo la naturaleza de los juegos y actividades deportivas y soy consciente de la experiencia y capacidades del menor y creo que mi hijo está calificado, con buena salud y en condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en tales actividades. Estoy de acuerdo en liberar a la Ciudad de Los Angeles, el Departamento de Recreación y Parques, sus oficiales y agentes y empleados de cualquier lesión a mi hijo en relación con este programa. Además, entiendo que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles NO OFRECE SEGURO.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR (AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE UN MENOR)

I, as the parent and /or legal guardian of the minor participating in this program, do hereby authorize the City of Los Angeles Department of Recreation & Parks to act as agents for the undersigned to consent for any 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 Medicine Practice Act on the staff of the licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of the said physician or a said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any such diagnose, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment, may deem advisable. This authorization shall remain effective through the conclusion of the event or program that the minor is participating in, unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

(Yo, como el padre/guardián del menor participando en este programa, autorizo a la Ciudad de Los Angeles Departamento de Recreación y Parques que

se comporten como agentes en dar autorización en examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o cirugía, tratamiento y hospitalización que es aprobado y vigilado por un Médico licenciado profesional que convive con las provisiones del Medicine Practica Acto en los empleados del hospital licenciado, cuando alguna acción sea requerida en la oficina del Médico o Hospital. Es entendido que esta autorización es dada anteriormente en precaver alguna situación que se requiera alguna acción y el Médico decide que acción sea admisible. Esta autorización será efectiva hasta la conclusión del programa de cual el menor estará participando en y será efectiva hasta que sea sometido en una carta escrita y entregada a el agente en cual el menor estará por el periodo del programa.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

PHOTO RELEASE: By registering, you authorize the City to make, procure or use photographs, films, tapes or other likenesses of Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with Program's publicity materials.

(DIVULGACIÓN DE FOTOS: Al registrarse, usted autoriza a la Ciudad a hacer, adquirir a utilizar fotografías, películas, Cintas u otras semejanzas de la imagen física y/o voz del Menor según sea necesario para su uso con los materiales de publicidad de Programa.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

The facility is NOT responsible for lost or stolen articles. No Electronics or valuables may be brought to program.

(La instalación NO son responsables por artículos perdidos, robados o quebrados. No se pueden traer artículos electrónicos ni objetos de valor al programa.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián): _____

I acknowledge that I have read and understand all of the policies as listed on this application. By my child's participation I agree to follow and abide by these rules.

(Yo reconozco que he leído y entendido todas las pólizas como se indica en esta solicitud. Por la participación de mi hijo/a, estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.)

Print Name of Parent/Guardian (Nombre de Tutor/ Guardián): _____

Signature of Parent/Guardian (Firma de Tutor/Guardián): _____ **Date (Fecha):** _____

