

Parks Recreation and Library Services
LIGA JUVENIL FORMULARIO de REGISTRO, DEPORTES



TODO DEBE ESTAR COMPLETADO!
UNA FORMA POR NIÑO

Nombre y Apellido del Niño : _____

Escuela: _____ Grado: _____ ('25-'26 año escolar)

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

En que deporte estan registrando a sus hijos?

NOTA: SE REQUIERE PRUEBA DE ACTA DE NACIMIENTO INSCRIPCIÓN

Talla de Camisa: (Por Favor Elige Uno) YS YM YL AS AM AL

Padre / Guardián Información

Padre / Guardián Información

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Telefono de Casa: (____) _____

Telefono de Casa: (____) _____

Correo Electronico: _____

Correo Electronico: _____

Telefono de Celular: _____

Telefono de Celular: _____

Telefono del Trabajo: _____

Telefono del Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: Si no se puede localizar a un padre o tutor en caso de enfermedad o emergencia, indique al menos dos contactos mayores de 18 años que puedan proporcionar mas informacion al personal.

Nombre y Apellido	Relación	Teléfono de Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono de Celular
		()	()	()
		()	()	()
		()	()	()

INFORMACIÓN MÉDICA

TODAS LAS SECCIONES DEBEN ESTAR COMPLETAS!

Médico del niño: _____

Teléfono: (____) _____

Preferencia de hospital: _____ Ciudad: _____

Teléfono: (____) _____

Aseguradora del niño: _____ Número de póliza : _____

Número de grupo _____

Dentista del niño: _____

Teléfono: (____) _____

¿El niño está bajo supervisión médica regular? Si es así, explique: _____

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

En consideración a la participación de mi hijo en el programa ofrecido anteriormente ("Programa") que está bajo la supervisión de la Ciudad de Signal Hill, yo, el abajo firmante (junto con mi hijo, individual y colectivamente, el "Participante"), por la presente acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la Ciudad de Signal Hill, sus funcionarios, agentes, representantes y/o empleados, de cualquier reclamo, procedimiento, daño, pérdida y/o empleados, de cualquier reclamo, procedimiento, daño, pérdida y/o responsabilidad, incluidos los gastos y costos, que puedan resultar de cualquier enfermedad, muerte o lesiones o daños a la propiedad que un Participante pueda sufrir mientras participa en cualquier actividad relacionada con dicho Programa, incluido, entre otros, el viaje de ida y vuelta a una actividad, ya sea que dicha muerte o lesión o daño a la propiedad sea causado por el acto u omisión negligente pasivo o activo de la Ciudad de Signal Hill, sus funcionarios, agentes, representantes y/o empleados, o cualquier otra causa excepto agravios intencionales, fraude o violación de la ley. Acepto que no presentaré ningún reclamo contra la Ciudad de Signal Hill, sus funcionarios, agentes o empleados por ninguna lesión o responsabilidad por la cual he indemnizado a la Ciudad por la presente. Además, acepto asumir la responsabilidad de la inspección de seguridad razonable de cualquier terreno o estructura de las instalaciones en cualquier ubicación donde el Participante pueda participar en el Programa. Por la presente, permito que la Ciudad de Signal Hill tome fotografías o videos del Participante durante eventos, actividades y/o programas patrocinados por la Ciudad para que se utilicen a discreción de la Ciudad (y la creación o producción de materiales en cualquier forma para tal fin), sin compensación adicional para el Participante (o cualquier derecho a cualquier tarifa de licencia o regalías para la Ciudad de cualquier tipo). Además, acepto que el uso de dichas fotos o videos puede incluir exhibición pública o publicidad. Por la presente, doy permiso para que cualquier profesional de emergencia certificado o profesional de la salud administre cualquier tipo de tratamiento médico que considere innecesario al Participante en caso de emergencia. He recibido, leído y comprendido el manual para padres y acepto y cumpliré con su contenido. Entiendo que si mi hijo vandaliza y/o destruye la propiedad de la Ciudad, se cobrarán tarifas. Reconozco y acepto que la Ciudad no es responsable de proporcionar tratamiento médico o medicamentos de ningún tipo al Participante ni de supervisar al Participante, durante o en relación con la participación del Participante en el Programa o de otro modo. Sin embargo, autorizo, doy mi consentimiento y renuncio a cualquier reclamo relacionado con la búsqueda o prestación de atención médica por parte de la Ciudad para el Participante en caso de que la Ciudad determine que ha surgido la necesidad durante o en relación con la participación del Participante en el Programa, siempre que la Ciudad primero haga un esfuerzo por comunicarse conmigo llamándome al número de teléfono anterior, y solo procederá a buscar o proporcionar dicho tratamiento sin mi dirección en caso de que no responda o responda de inmediato o en caso de una emergencia médica.

HE LEÍDO Y ACEPTO ESTA LIBERACIÓN COMO TUTOR LEGAL O PADRE:

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____