

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



TODO DEBE ESTAR COMPLETIDO!

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

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 parent 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 ACEPTE ESTA LIBERACIÓN COMO TUTOR LEGAL O PADRE:

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