



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks
AFTER SCHOOL CLUB **REGISTRATION FORM – 2023-2024**
Forma de Registración - Club de Después de Escuela
ROBERTSON RECREATION CENTER



PARTICIPANT INFORMATION *Información de Participante*

FIRST NAME *Nombre del Participante* **LAST NAME** *Apellido* **MALE** *Hombre* **FEMALE** *Mujer* **OTHER** *Otro*

DATE OF BIRTH *Fecha de Nacimiento* / / **AGE** *Edad* **GRADE IN FALL** *Grado en el Otoño* **SCHOOL** *Escuela*

GENERAL INFORMATION *Información General*

PARENT/GUARDIAN: *Nombre de Tutor/Guardián* **LEGAL CUSTODY** *Custodia Legal* **YES** **NO**

HOME ADDRESS: *Domicilio* **CITY** *Ciudad* **STATE** *Estado* **Zip** *Zona Postal*

CELL PHONE *Teléfono Mobil* **WORK PHONE** *Teléfono Trabajo* **EMAIL** *Correo Electrónico*

PARENT/GUARDIAN: *Nombre de Tutor/Guardián* **LEGAL CUSTODY** *Custodia Legal* **YES** **NO**

HOME ADDRESS: *Domicilio* **CITY** *Ciudad* **STATE** *Estado* **Zip** *Zona Postal*

CELL PHONE *Teléfono Mobil* **WORK PHONE** *Teléfono Trabajo* **EMAIL** *Correo Electrónico*

EMERGENCY INFORMATION – MUST BE DIFFERENT THAN ABOVE - *Información de Emergencia*

CONTACT NAME *Nombre de Contacto* **CELL PHONE** *Teléfono Celular* **RELATION** *Relación*

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.

1. Name *Nombre* _____ Relation *Relación* _____ Phone *Teléfono* _____
2. Name *Nombre* _____ Relation *Relación* _____ Phone *Teléfono* _____
3. Name *Nombre* _____ Relation *Relación* _____ Phone *Teléfono* _____

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

MEDICAL INFORMATION *Información Médica*

Special Needs / Medication / Conditions or Behaviors *Necesidades Especiales / Medicaciones / Condiciones o Comportamientos*

HEALTH HISTORY *Historial Médico* **HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING: (PLEASE CIRCLE)**

El participante ha tenido alguno de los siguientes: (POR FAVOR CIRCULE)

*Chicken Pox Mumps Frequent Colds Nose Bleeds Appendicitus Tetanus Measles Sinus Trouble Skin Rash
 Whooping Cough Hepatitis Tonsillitis Fainting Scarlet Fever Heart Trouble Asthma Polio*

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

Participant Name (Nombre del Participante) _____

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 Padre/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 Medico 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 Padre/Guardián:* _____

INITIALS WAIVER RELEASE & GENERAL POLICIES POLIZAS Y REGLAS GENERALES

____ **TRANSPORTATION:** My child may be transported by walking, car, van, chartered/school bus, and/or public transportation as part of the Program.

____ **ABSENCES:** If my child does not need to be picked up from school, I will call Robertson Recreation Center's office BEFORE 12:00 P.M. so that the staff is not sent to pick up my child.

____ **MISCONDUCT:** If my child misbehaves, I agree to pick her/him up at the time requested by staff. I understand that misbehavior can result in a note home, a suspension, and/or dismissal from the program.

____ **PICK-UPS ARE BY 5:30 PM** or I will be charged for the extra time. \$1.00 every minute.

Los participantes del programa deben ser recogidos a las 5:30 P.M. o se le cobrar por el tiempo extra. \$1.00 cada minuto.

____ **NO REFUNDS** unless the program is cancelled by the center. There are no credits or make-up days for missed days or being sent home early due to misconduct or sickness.

No hay reembolsos a menos que el programa sea cancelado. No hay créditos ni días de maquillaje para los días perdidos.

____ **DRESS CODE:** Closed-toed shoes with rubber soles must be worn daily.

INDUMENTARIA/CUBIERTAS FACIALES: Zapatos de pie cerrado con suelas de goma deben usarse diariamente.

____ **PHOTO RELEASE:** By registering, I 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.

____ **NO VALUABLES** may be brought to the program. The facility is NOT responsible for lost or stolen articles.

No se pueden traer artículos de valor al programa. La instalación NO será responsable por artículos perdidos, robados o quebrados.

____ **\$5.00 LATE FEES** will be assessed if weekly fees are not paid the WEDNESDAY PRIOR to the week attending the program.

____ **UPDATES** to this form: If any of your information on this application changes, please let the office know so that we can make the proper adjustments.

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 Guardián

Signature
Firma

DATE
Fecha