

CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS  
**CLASS PARKS TEEN PROGRAM**

---

**EMERGENCY INFORMATION**

Youth's Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Youth's Birthdate: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
Medical Plan (insurance): \_\_\_\_\_ Allergies and/or medication: \_\_\_\_\_  
Please list any medical conditions or restrictions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If parents are not available, other authorized adults to call in an emergency:

Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**PARENT/GUARDIAN PERMISSION**

I hereby authorize my son/daughter \_\_\_\_\_ to travel (bus, van or walking) to any field trip/outing in association with CLASS Parks. I release the City of Los Angeles and its officials, agents, and employees from any liability in connection with this authorization.

**DATE:** \_\_\_\_\_ **PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

---

**AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR IN CASE OF EMERGENCY, ILLNESS, OR ACCIDENT**

(I), (We), the undersigned parent(s)/guardian(s) of \_\_\_\_\_, a minor, do hereby authorize the **Directors and staff of the CLASS Parks program** as agent(s) for the undersigned to consent to 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 specific supervision of any physician or surgeon licensed under the provision of the Medical Practice Act, or the medical staff of a licensed hospital whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care that may be required, and it is given to provide authority and power on the part of aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which aforementioned physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable.

**THIS AUTHORIZATION SHALL REMAIN IN EFFECT UNTIL REVOKED IN WRITING AND DELIVERED TO SAID AGENT(S).**

**DATE:** \_\_\_\_\_ **PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN Y PARQUES DE LA CIUDAD DE LOS ÁNGELES  
**CLASS PARKS TEEN PROGRAM**

---

**Contacto de Informacion de Emergencia**

Nombre del Joven: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Padre/ Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Joven: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Grado Escolar: \_\_\_\_\_  
Plan Medica (aseguranza): \_\_\_\_\_ Alergia y/o medicacion: \_\_\_\_\_  
Por favor escribe condiciones medical o restricciones: \_\_\_\_\_

---

---

En caso el padre no se puede comunicar, informacion de contacto de emergencias:

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**Permiso de Padre/ Guardian**

Por la presente autorizo a mi hijo / hija \_\_\_\_\_ a viajar (autobús, camioneta o caminando) a cualquier excursión / excursión en asociación con CLASS Parks. Libero a la Ciudad de Los Ángeles y sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier responsabilidad en relación con esta autorización.

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN:** \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACIÓN PARA ACEPTAR TRATAMIENTO DE MENORES EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

(Yo), (Nosotros), los padres / tutores abajo firmantes de un menor, por la presente autorizamos \_\_\_\_\_ los Directores y el personal del programa CLASS Parks como agente (s) del abajo firmante para dar su consentimiento para cualquier radiografía, examen, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y se prestará bajo el supervisión general o específica de cualquier médico o cirujano con licencia bajo la disposición de la Ley de Práctica Médica, o del personal médico de un hospital con licencia, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica que pueda ser necesaria, y se otorga para otorgar autoridad y poder por parte de dichos agentes para otorgar un consentimiento específico a todos y cada uno. dicho diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el médico antes mencionado, en el ejercicio de su mejor juicio, considere aconsejable.

**ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN EFECTO HASTA QUE SE REVOCA POR ESCRITO Y SE ENTREGA A DICHO AGENTE (S).**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FIRMA DE PADRE O GUARDIAN:** \_\_\_\_\_