

FORMULARIO DE REGISTRO



Recreacion de Servicios Comunitarios · 3230 Macdonald Ave, Richmond, CA 94801 · (510) 620-6793

Registro en linea <https://apm.activecommunities.com/richmond>

Email csdregistration@ci.richmond.ca.us

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDO	M F	FDN MM/DD/YYYY	NOMBRE DEL PROGRAMA	LUGAR	TARIFA

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

NOMBRE Y APELLIDO DEL ADULTO		FDN MM/DD/YYYY	M/F	# TELÉFONO DE CASA
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POST. RESIDENTE DE RICHMOND [] SI [] NO
# CELULAR	# DEL TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA		RELACIÓN	# TELÉFONO DE CASA	# CELULAR

TODOS LOS PAGOS DE INSCRIPCIONES SE DEBEN A LA HORA DE INSCRIPCIÓN

La(s) persona(s) arriba (más adelante Participante) desea(n) participar en el Programa de Recreación y actividades en la lista de arriba. Como condición de participación, yo, por este medio, libero y absuelvo a la Ciudad de Richmond (ciudad), a su organización constituyente, incluyendo pero no limitado a Recreación, PAL de Richmond y a todos sus oficiales, empleados y voluntarios de cualquier y todos reclamos de heridas personales o de daños de propiedad que yo, o participante, podamos sufrir con resultado de participación en la actividad descrita arriba, sea o no que tales heridas o daños sean causados por la negligencia, activa o pasiva, de cualesquiera de las entidades o individuos descritos arriba. Yo estoy de acuerdo de tomar instrucción de uso y cuidado apropiados del material en uso del programa. El participante y yo estamos de acuerdo de seguir las reglas y regulaciones, pólizas y procedimientos, gobernando la actividad descrita arriba. El participante y yo estamos de acuerdo de que la Ciudad puede tomar y usar mi foto sin restricción o compensación. Yo comprendo que el participante y yo podemos ser suspendidos y/o expulsados del programa, sin apelación si se me encuentra en violación de reglas y regulaciones e instrucciones del personal, incluyendo, pero no limitado a, posesión de un arma, sustancias ilegales, amenazas o comportamiento grosero y se perderán los derechos del/los participante(s) y míos a reembolso de cualquier parte de la cuota del programa. Con la presente, yo garantizo y represento que el participante está físicamente bien y capaz de participar en tal actividad, SIN RESTRICCIÓN. Hago esta garantía y representación basándome en el consejo dado por un doctor debidamente licenciado dentro de las últimos seis meses y no sé de ningún cambio en la condición médica desde haber recibido tal consejo que afectaría la opinión de dicho doctor. Estoy de acuerdo de que en el caso de que el participante se hiera como resultado de participación en la actividad o programa nombrados arriba, incluyendo transporte a y de estas actividades causado o no por la negligencia, activa o pasiva, de la Ciudad, o cualesquiera de sus agentes o empleados, recurso al pago de cualesquier costos o gastos resultantes relacionados de hospital, médicos, o tratamiento dental PRIMERO lo tendrá el seguro de cualquier accidente, hospital, médico o dental, o cualquier plan de beneficios míos o de mi herencia. Además comprendo que accidentes y heridas pueden surgir fuera de participación en los programas de la Ciudad y del uso de material de capacidad física en conexión con los programas. Sin embargo, con la presente, estoy de acuerdo, por mi parte o por parte del participante, de asumir la responsabilidad de esos riesgos y liberar y de eximir de responsabilidad a todas las personas o agencias mencionadas arriba que, a través de descuido o negligencia, podrían de otra manera ser responsables a mí, o al participante, por daños. Además, se comprende y se está de acuerdo de que esta renuncia, exención y asumción de riesgo ha de ser obligatoria para mis herederos y asignados míos o del participante. Con la presente, le doy permiso al doctor, enfermera, dentista o personal licenciado de cuidado de emergencia seleccionado por el personal supervisorial presentes entonces, de dar tratamiento médico, dental u otro considerado necesario y apropiado.

INFORMACIÓN DEL PAGO Circule Uno: (Pregunte sobre nuestro ajuste de tarifas para familias de bajos ingresos - Programa después de escuela y campamento de verano solamente)

	Efectivo _____	Cheque # _____	Visa, Master Card, Discover, American Express
Uso de Oficina	Total \$ _____	Less _____	% (of fee adjustment if applicable) Total Due
Solamente	Staff Initial _____	Date _____	\$ _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Firma del Padre/Guardian Requerido para todos los menores de 18 años. de edad