



# Formulario de Registro

Departamento de Servicios Comunitarios  
3230 Macdonald Avenue  
Richmond, CA 94804

Teléfono: 510.620.6793  
Fax: 510.620-6583

Para Registrar en-línea: <https://apm.activecommunities.com/richmond>  
Visitanos: [www.richca-communityservices.org](http://www.richca-communityservices.org)

## 1. Para menores de 18 años de edad, necesita información de los padres.

Nombre		Fecha de Nacimiento	Género (H/M)		
Domicilio		Ciudad		Codigo Postal	
Tel-Casa #		Celular #		E-mail:	
Tel-Trabajo #					
Informacion en Caso de Emergencia/Nombre		Relación	Tel-Casa #	Tel-Trabajo #	Celular #

## 2. Informacion del Participante

Nombre del Participante	H M	Fecha de Nacimiento	Nombre del Programa	Lugar del Curso	Fecha del Curso	Horario del Curso	Precio del Curso

## 3. Tipo de Pagos- Circule Uno (Pregunte por nuestro ajuste de tarifa para familias de bajos ingresos, solamente para nuestro Programa Después de Escuela y Campamento de Verano).

Effectivo \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_ Visa O Master Card

**Atención: TODOS LOS PAGOS DEL PROGRAMA SE ENTREGAN AL MOMENTO DE REGISTRACION.**

<i>Office use only (Para la Oficina)</i>	
Total \$ _____ less % _____ (of fee adjustment if applicable)	
Staff Initial _____	Date _____

TOTAL:  
\$ \_\_\_\_\_

### AUTHORIZACION PARA TRATAR Y PARA ASUMIR RIESGO

Las persona (s) aquí mencionadas desean participar en el programa de las actividades recreacionales. Como una condición de la participación, Yo dejo libre de cualquier cargo al Departamento de Recreacionales de la Ciudad de Richmond, sus afiliados, incluyendo todos su oficiales, empleados y voluntarios de cualquier reclamo por lesiones personales o de daño de propiedad que, Yo o el participante pueda sufrir como resultado de la participación en la actividad activa o pasiva aquí mencionada, aunque tales lesiones o daño hayan sido causados por la negligencia, de la actividad o de cualquier entidad o individuo mencionados aquí. Yo estoy de acuerdo en tomar instrucciones apropiadas para el use y cuidado déla maquinaria que este envuelta en el programa. El Participante y yo estamos de acuerdo a obedecer las reglas y procedimientos que están escritos aquí. EL PARTICIPANTE y Yo damos permisión, que el Departamento de Recreaciones use mí foto sin ninguna compensación o restricción. Yo entiendo que el participante y yo podríamos ser suspendidos o desalojados del programa sin derecho de apelación si me encuentra que he desobedecido las regulaciones y reglas e instrucciones del personal, incluyendo y sin limitación al uso de posesión de armas, substancias ilegales, amenazas al personal del departamento o por una conducta grosera y yo entiendo que perderé el privilegio y derecho a cualquier devolución a alguna porción de la cantidad que pague por el curso. Yo declaro que el participante esta físicamente acto y disponible en participar en tal actividad SIN NINGUNA RESTRICCION MEDICA Yo hago esta declaración y representación en bases al consejo medico, con licencia medica, el consejo ha sido extendido dentro de los últimos 6 meses y no habido ningún cambio desde el día que recibí el consejo para que afecte mi opinión de dicho doctor. Yo estoy de acuerdo en caso que el participante sufra una lesión como resultado de su participación en la actividad o programa mencionados arriba, incluyendo transportación al lugar donde se provee la actividad. Aunque la actividad no se a causada por la negligencia activa o pasiva de cualquier miembro del Departamento de Recreacionales de la Ciudad de Richmond. La Ciudad no se hará responsable de gastos por la lesión o pagos a hospitales, doctores, tratamiento dental o pagos por hospitalización o costo relacionados con gastos primarios por lesión durante la participación. Yo entiendo que accidentes y lastimaduras pueden pasar por la participación del programa y el uso del equipo en el GIMNACIO. A PESAR DE TODO LO MENCIONADO y además yo y el participante estamos de acuerdo a sumir todos los riesgos y no acusar a ninguna persona aquí mencionada por la negligencia la falta de cuidado. Yo autorizo al personal Departamento de Recreaciones llamar al Doctor, Dentista o Hospital de tratamiento medico, dental o cualquier tratamiento necesario para curar a mi hijo(s) en caso de emergencia.

Padres/Guardianes (Firma) \_\_\_\_\_ Adulto (Imprima) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Requisito para todos los menores de 18 anos de edad)

**ENRIQUECIENDO NUESTRA COMUNIDAD**