



CITY OF DELANO RECREATION DEPARTMENT
925 ELLINGTON STREET, DELANO, CALIFORNIA 93215 • PHONE 661-721-3335 ~ FAX: 661-720-9760

FORMA DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA

Una vez que el registro para una actividad ha alcanzado su límite o enviado más allá de la fecha límite, se podrá establecerse una lista de espera. Estas listas no se llevan a cabo de una sesión a la siguiente. Si se abre un espacio, se le notificará y se le pedirá que pague antes de ser incluido en el programa. No asista el primer día si no ha sido notificado para hacerlo.

Deporte / Nombre del programa: _____

(Niño(a) / Nombre de dependiente) Primero: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: Masculino / Femenino

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ 2º Teléfono: _____ Teléfono de emergencia: _____

¿Acepta recibir mensajes de texto? Sí No Correo electrónico: _____

Tiene un hermano/a inscrito en este programa? Sí No Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Edad: _____

(Padre / Nombre del guardián) Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el niño/a: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino / Femenino ¿Cómo se enteró de nosotros?: _____

¿Interesado en ayudar como coach, u otra forma? Especifique: _____

Marce el Tamaño de la camisa del participante: **(Juvenil)** XXS XSM SM MED LG XLG **(Adulto)** AS AM ALG AXLG AXXLG

INICIAL CADA POLÍTICA A CONTINUACIÓN:

_____ **Renuncia:** En consideración a que se me permita participar, yo por mí mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios por la presente liberamos, renunciamos, descargo y me comprometo a no demandar a la ciudad de Delano, sus funcionarios, empleados y agentes de responsabilidad por cualquier y todas las reclamaciones, incluida la negligencia de la ciudad de Delano, sus funcionarios, empleados y agentes, lo que resulta en lesiones personales, accidentes, enfermedades (incluida la muerte) y pérdida de propiedad derivada de, pero no limitado a, la participación en la actividad.

_____ **Asunción de riesgos:** La participación en la actividad conlleva ciertos riesgos inherentes que no pueden ser eliminados independientemente del cuidado que se tenga para evitar lesiones. Entiendo que todos los participantes están involucrados bajo su propio riesgo y las tarifas del programa no proporcionan seguro. Además, por la presente concedo autoridad a un médico cualificado para realizar dicho tratamiento según se considere necesario dadas las circunstancias. He leído los párrafos anteriores y conozco, entiendo y aprecio estos y otros riesgos inherentes a la actividad. Por la presente afirmo que mi participación es voluntaria y que asumo todos esos riesgos.

_____ **Indemnización y exención de responsabilidad:** También acepto indemnizar y mantener a la Ciudad de Delano indemne de todas las reclamaciones, acciones, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluidos los honorarios de abogados presentados debido a mi participación en la actividad y embolsarles por dichos gastos incurridos.

_____ **Comunicado de prensa:** Entiendo que la Ciudad de Delano captura fotografías y videos de los participantes de la actividad. Consiento el uso irrestricto de cualquier imagen, voz, nombre y/o historia en cualquier formato que la Ciudad de Delano o terceros puedan crear en relación con mi participación en la actividad. Renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto terminado y reconozco que no tengo derecho a ninguna compensación.

_____ **Política de reembolso y cheques devueltos:** Veinticinco dólares (\$25.00) se cobrarán en todos los cheques devueltos. Se dará un reembolso completo si se cancela una actividad. Las solicitudes de reembolso se realizarán en persona y solo se permiten antes del primer día del programa e incurrirán en un cargo por servicio de cinco dólares (\$ 5.00). No se daran reembolsos después del primer día del programa. Espere cuatro (4) semanas para el reembolso por correo. Si debe abandonar una actividad debido a una enfermedad o lesión grave, llame a nuestra oficina inmediatamente al 661.721.3335.

_____ **Reconocimiento de la comprensión:** He leído esta renuncia de responsabilidad, asunción de riesgo y acuerdo de indemnización, entiendo completamente sus términos y entiendo que estoy renunciando a derechos sustanciales, incluido mi derecho a demandar. Además, estoy de acuerdo en que el acuerdo de renuncia y asunción de riesgos anterior pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del estado de California y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que el saldo, a pesar de todo, continuará en pleno vigor y efecto legal Reconozco que estoy firmando el acuerdo libre y voluntariamente y tengo la intención de que con mi firma sea completo y la liberación incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.

Imprimir Nombre del Padre/Tutor del participante: _____ Firma: _____ Fecha: _____

PERSONAL DE LA OFICINA SOLO

Fecha: _____ Cantidad pagado: \$ _____ Recibo #: _____ Cheque #: _____ Efectivo: \$ _____ Tarjeta de crédito: \$ _____

Introducido por: _____ Notas: _____