

**Instrucción: Por favor de escribir claro y completamente todas las secciones**

Nombre de Participante: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero .i.

Cumpleaño: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Dirección: \_\_\_\_\_  
calle Ciudad Código postal

E-mail: \_\_\_\_\_

Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico  **Sì**  **NO**

**Clases de Natacion por la mañana:**

**Sesion(es) inscritas:**

Sesiòn 1cl  Sesiòn 2cl  Sesiòn 3cl  Sesiòn 4cl

**Clases de Natacion de Por tarde:**

**Sesiòn(es) inscritas:**

Sesiòn 1cl  Sesiòn 2cl  Sesiòn 3cl  Sesiòn 4cl

**Emergency Contact Information:**

Padre/ Guardiàn #1: \_\_\_\_\_  
Nombre Telèfono

Padre/ Guardiàn #2: \_\_\_\_\_  
Nombre Telèphono

Contacto De Emerencia (Local): \_\_\_\_\_  
Nombre Telèphono

Para servirle mejor, por favor proporcione información sobre las preocupaciones especiales. Adaptaciones razonables se pueden hacer a pedido. Si se necesitan servicios especiales por favor comuniquelo al personal de contacto al 510-544-2517 para arreglar o TTY / TDD 510-633-0460. Toda la información se mantendrá confidencial.

Por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le Da permiso a su hijo/hija a salir de la propiedad de EBRPD al final del dia?

**Sì**  **No**

Hay adultos que ttienen su permisode a recoger a su hijo/hija de este programa?

**Sì**  **No**

Si sì, porfavor de apuntar:

1. \_\_\_\_\_  
Nombre Telèfono

2. \_\_\_\_\_  
Nombre Telèfono

Nombre Telèfono

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor de girar y complete el otro lado**



# EAST BAY REGIONAL PARK DISTRICT

## PROGRAMA CONTRA SWIM LOMA

### RENUNCIA DE PRENSA Y ASUNCIÓN DE RIESGO Y ACUERDO

#### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA O DE TRANSPORTE

Yo, el abajo firmante, (como padre o tutor legal del niño) que aparece en el formulario de inscripción, en el examen de la solicitud, doy mi permiso (para mi hijo / a) a participar en el Programa de natación por la tarde East Bay Regional Park District en Contra Loma. Yo asumo toda la responsabilidad por todos los riesgos de lesiones o pérdidas que puedan derivarse de la participación de mi hijo / a en esta actividad, y por este medio acepto mantener indemne, liberar y para siempre descargar el EAST BAY PARQUE REGIONAL DEL DISTRITO, SUS OFICIALES, directores, agentes, y empleados de cualquier y todas las reclamaciones y demandas que el abajo firmante, Y alguno de ellos o su nombre tengan o puedan tener, en contra del Distrito, sus oficiales de TI, directores, agentes, o empleados por causa de cualquier accidente, enfermedad o DESTRUCCIÓN DE bien como consecuencia directa o indirectamente de la participación de mi hijo / hija en el antedicho Y ocurrido durante dicha participación, O EN CUALQUIER MOMENTO POSTERIOR AL MISMO INDEPENDIEMENTE DE SI DICHS RECLAMOS O DEMANDAS PROVIENEN DE LA NEGLIGENCIA (YA SEA GRAVE O ORDINARIA) POR PARTE DEL DISTRITO. LOS TÉRMINOS DE ESTA PUBLICACIÓN SE SIRVE COMO EMISIÓN Y ASUNCIÓN DE RIESGO PARA MÍ, MI HIJO / HIJA, HEREDEROS, EJECUTIVOS, ADMINISTRADORES, Y PARA TODOS MIS FAMILIARES.

Entiendo, acepto y reconozco que algunas actividades pueden ser de carácter peligroso y / o incluir la actividad física y / o extenuante. Entendiendo esto, declaro ante el mejor de mi conocimiento que yo, (mi hijo / hija) que aparece en este formulario no tienen condiciones de salud física, mental o emocional médicas que pudieran detener a mi (él / ella) la participación activa en el Programa de East Bay Regional Park District Recreación.

En el caso de una emergencia en que yo no pudiera de dar permiso para recibir tratamiento médico y mi contacto de emergencia designado no puede ser alcanzado, autorizo al personal o los agentes del Bay Regional Park District obtener cualquier tratamiento médico que él / ella considere necesario por el bienestar de mi hijo. En el caso de mi hijo, esta autorización se da conforme a las disposiciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Además, entiendo y estoy de acuerdo que seré financieramente responsable de todos los gastos y honorarios incurridos en la prestación de dicho tratamiento de emergencia, independientemente de que mi seguro médico podría cubrir dichos cargos e impuestos

Doy mi permiso para que Bay Regional Park District Este y otros medios de comunicación a utilizar mi nombre o de mi hijo y las fotografías, videographs, películas o grabaciones para cualquier tipo de publicidad y promoción sin fines de obligación o responsabilidad para mí.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_