

Ciudad de Costa Mesa ♦ Programa de R.O.C.K.S ♦ Forma de Registración 2016/2017

Pólizas Generales

1. Solicitudes de reembolso deberán hacerse por escrito durante la primera semana del sesión. Se cobraran \$20 por este servicio.
2. Se cobrara una cuota de servicio de \$25 por cada cheque que sin fondos.
3. Una cuota de \$20 se cobrara por cada 15 minutos que se demoren en recoger a su(s) niño(s).
4. He leído y entendido las reglas y proceso disciplinario del Programa de R.O.C.K.S (ver paquete para padres).

Escuelas (Por favor seleccione su preferencia) :

- | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adams | <input type="checkbox"/> California | <input type="checkbox"/> College Park | <input type="checkbox"/> Davis | <input type="checkbox"/> Killybrooke | <input type="checkbox"/> Paularino |
| <input type="checkbox"/> Pomona | <input type="checkbox"/> Rea | <input type="checkbox"/> Sonora | <input type="checkbox"/> Victoria | <input type="checkbox"/> Whittier | |

Por Favor Imprimir y Llene Completamente

Nino 1 Nombre (Primero, Apellido):	Fecha de Nacimiento:	/	/	M	F	Grado:
Nino 2 Nombre (Primero, Apellido):	Fecha de Nacimiento:	/	/	M	F	Grado:
Padre/Guardián Nombre (Primero, Apellido):	Numero de Celular#:	Teléfono (casa, trabajo)#:				
Padre/Guardián Nombre (Primero, Apellido):	Numero de Celular#:	Teléfono (casa, trabajo)#:				

Domicilio: _____ Correo Electrónico: _____

Historia Medica

Marque Todo Lo Que Aplica	NINO 1	NINO 2
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Epilepsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Viruelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Liendres (recientemente)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Otras enfermedades/condiciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Mi hijo requiere atención 1-a-1	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

ALERGIAS

Piquetes de abeja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Látex	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Comidas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alergias a medicinas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Otras Alergias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Si contesto Si, por favor explique: _____

Si su niño(a) necesita tomar medicina mientras asiste el programa de R.O.C.K.S, es necesario llenar una forma de "Solicitud para Tomar Medicina". Por favor solicite esta forma.

Nombre de Medicina: _____ Razón: _____

Información Adicional

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Palabra Clave:

Los adultos deben registrar/apuntar niño(s) a partir de R.O.C.K.S. utilizando la palabra clave de seguridad. La palabra clave es por la seguridad de sus hijos. Por favor, recuerde que la clave debe de ser reconocida por personas de confianza.

Firmar de entrada/salida:

¿Da usted a su niño(s) autorización para firmar su entrada/salida del Programa de R.O.C.K.S? No * Si

*Si marco Sí, el padre/guardián debe presentar una carta escrita de consentimiento para el director del programa de correo electrónico a cmreinfo@costamesaca.gov.

Opciones de Pago y Precios

SESIONES

#1 Sept. 6 – Sept. 30 \$49 (4-semanas)	#6 Enero 30 – Mar. 3 \$49 (4-semanas)
#2 Oct. 3 – Oct. 28 \$49 (4-semanas)	#7 Mar. 6 – Mar. 31 \$49 (4-semanas)
#3 Oct. 31 – Dic. 2 \$60 (5-semanas)	#8 Abril 3 – Abril 28 \$38 (3-semanas)
#4 Dic. 5 – Dic. 23 \$38 (3-semanas)	#9 Mayo 1 – Junio 2 \$60 (5-semanas)
#5 Enero 9 – Enero 27 \$38 (3-semanas)	#10 Junio 5 – Junio 23 \$38 (3-semanas)

Pagos Trimestrales

#1 Sept. 6 – Dic. 23 \$170
#2 Enero 9 – Marzo 31 \$126
#3 Abril 3 – Junio 23 \$126

Año Escolar

Sept. 6 – Junio 23 \$412

**** El precio son por sesión, independientemente del número de días de clase en la sesión o el número de días que su hijo(s) atendieron el programa.****

Desligamiento de Responsabilidades

Renuncio y no levante ninguna demanda en contra de la Ciudad de Costa Mesa/División de Recreación, sus oficiales, agentes, empleados, y voluntarios, contra de reclamos, costos, responsabilidades, cobros o juicios incluyendo costos legales y tribunales que resulten por mi participación en PROGRAMAS DE LA CIUDAD o debido a enfermedades o heridas y estoy de acuerdo a indemnizar a la CIUDAD de y en contra de cualquier y todo reclamo, excepto por enfermedades y heridas que resulten debido a negligencia directa o mal conducto por parte de la CIUDAD o sus empleados.

Participantes de los programas son sujetos de ser fotografiados y dichas fotografías pueden utilizarse para promover programas futuros de la Ciudad. Entiendo que no recibiré ningún tipo de recompensa por tal uso.

Doy consentimiento a tratamientos y cuidados médicos que sean necesarios como resultado de un accidente o herida. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos que resulten de dicho tratamiento.

Como parte de nuestro compromiso al "Acto de Americanos con Incapacidades" (ADA) y nuestros participantes, necesita servicios especiales para su participación en las actividades mencionadas? Si contesto si, por favor explique: _____

Por favor note que no podemos proveer servicios especiales a menos de que usted los especifique.

La "Poliza de Conducta con Civildad" de la Ciudad de Costa Mesa provee un ambiente seguro, amable y confortable para los participantes y personal. Entiendo que si se viola esta poliza y dependiendo de la severidad de la infracción, se aplicaran las siguientes acciones: reprimenda verbal; expulsión del programa/evento; prohibición de participación futura en el programa.

Firma: _____ Imprime nombre: _____ Fecha: _____

PARA LA OFICINA |

Recibido por (Nombre): _____ Fecha: _____

Tipo de plan de pago: Mes _____ Pagos Trimestrales _____ Año Escolar _____

