

POLÍTICAS Y ACUERDOS GENERALES

1. Los participantes deben seguir y acatar las reglas y el proceso disciplinario de SMART Camp. (ver paquete para padres)
2. SMART Camp es un programa gratis, sin cita, sin licencia, recreativo y en enriquecimiento. NO ES una guardería supervisada. Se requiere que los niños participen en las actividades programadas
3. Se requiere que los niños permanezcan en el campus con su personal asignado durante las horas del programa.

SELECCIÓN DE CAMPAMENTOS

Niño 1 Deportes (PM) Musica (AM) Arte (AM) Ingreso al Grado: _____ Escuela: _____
 Niño 2 Deportes (PM) Musica (AM) Arte (AM) Ingreso al Grado: _____ Escuela: _____
 Semana(s) de Arte: _____ Semana(s) de Deportes: _____ Musica requiere inscripción en todas las 3 semanas

<input type="checkbox"/> Banda Introdutoria (0-1 años exp.)	<input type="checkbox"/> Orquesta (0-1 años exp.)	<input type="checkbox"/> Banda de Jazz (1-2 años exp.)	<input type="checkbox"/> Coro
<input type="checkbox"/> Flauta <input type="checkbox"/> Saxofón <input type="checkbox"/> Clarinete <input type="checkbox"/> Trombón <input type="checkbox"/> Trompeta <input type="checkbox"/> Percusión de Mazo	<input type="checkbox"/> Violín <input type="checkbox"/> Viola <input type="checkbox"/> Violonchelo <input type="checkbox"/> Contrabajo	<input type="checkbox"/> Flauta <input type="checkbox"/> Barítono <input type="checkbox"/> Bajo Eléctrico <input type="checkbox"/> Clarinete <input type="checkbox"/> Batería <input type="checkbox"/> Teclado <input type="checkbox"/> Trompeta <input type="checkbox"/> Trombón <input type="checkbox"/> Guitarra Eléctrica <input type="checkbox"/> Saxofón <input type="checkbox"/> Percusión de Mazo	

POR FAVOR IMPRIMIR Y LLENE COMPLETAMENTE

Niño 1 Nombre (Primero, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ M F

Niño 2 Nombre (Primero, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ M F

Padre/Guardián Nombre (Primero, Apellido): _____ Celular #: _____ Casa/Trabajo #: _____

Padre/Guardián Nombre (Primero, Apellido): _____ Celular #: _____ Casa/Trabajo #: _____

Domicilio: _____ Correo Electrónico : _____

MEDICAL HISTORY

Marque todo lo que aplica:	Niño 1	Niño 2	Niño 1	Niño 2
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mi hijo requiere atención 1-a-1 ** <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	*Tenga en cuenta que la Ciudad se esfuerza por hacer adaptaciones razonables para los participantes con una necesidad especial o discapacidad del desarrollo. Actualmente, la Ciudad no ofrece servicios de inclusión estructurados a los participantes que requieren asistencia 1-a-1 para asistencia o supervisión durante el horario del programa. Se aceptará una ayuda 1-a-1 proporcionada por la familia / tutor del participante con la documentación adecuada. ** El personal de SMART Camp y los instructores no están certificados en administración médica, incluidos medicamentos como inhaladores, antibióticos y Epi-Pens. El personal y los instructores no pueden ser responsables de retener o administrar medicamentos a los participantes. Si su hijo toma medicamentos, debe poder administrarlos de forma independiente.**	
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Epilepsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Viruelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Liendres (recientemente)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Otros enfermedades/condiciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Alergias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Si contesto Sí, por favor explique: _____				

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Nombre: _____
 Teléfono: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

DESLIGAMIENTO de RESPONSABILIDADES

1. **PÓLIZAS GENERALES:** Yo, el/la abajo firmante, entiendo y acepto las pólizas generales aquí establecidas. Además, entiendo que si un participante ha sido o es objeto de disciplina, suspensión, o expulsión en relación con cualquier programa de recreación de la ciudad, o ha exhibido una conducta disruptiva, la Ciudad de Costa Mesa, a su discreción, anular la inscripción inmediata del participante.
2. **ASUNCIÓN DE RIESGO:** Entiendo perfectamente que mi participación o la de mis hijo(s) en los programas de recreación de la ciudad puede exponer a mí o a mis hijos al riesgo de lesiones físicas, muerte y/o daños de propiedad. Por la presente reconozco que la participación en los programas de la ciudad es voluntaria y acepto asumir el riesgo completo de cualquier lesión física o daño y/o pérdidas de propiedad, independientemente de la gravedad e incluso la muerte, que pueda ocurrir en relación con mi participación o la de mis hijo(s) en los programas de la ciudad.
3. **AUTORIZACIÓN DE FOTOS:** Entiendo que representantes de la ciudad pueden fotografiar o grabar las actividades de los programas de la ciudad v a los participantes. Autorizo que la ciudad puede usar y/o publicar la foto(s) o la imagen de mi o mis hijo(s) fotografiado o grabado durante la participación de mi o mis hijo(s) en programas de la ciudad para promocionar los servicios y los programas de la ciudad y para cualquier otro propósito, sin compensación a mí o a mis hijo(s).
4. **AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Autorizo que la ciudad prove o haga que se provea cualquier tratamiento médico a mis hijo(s) que sea necesario o apropiado si cualquier daño ocurra durante mi participación o la de mis hijo(s) en los programas de recreación de la ciudad. Además, acepto pagar cualquier y todos los gastos incurridos en relación con dicho tratamiento.
5. **POLÍZA DE CONDUCTA DE CIVILIDAD:** Entiendo que la póliza de conducta de civilidad del departamento de parques y servicios comunitarios intenta proveer un ambiente seguro, amistoso y cómodo para los participantes y los empleados de la ciudad por requerir que todos "traten a los demás como ustedes quieren ser tratados." Entiendo que cualquier participante que viole la póliza de conducta de civilidad puede, dependiendo de la gravedad de la violación, estar sujeto a acción disciplinaria, incluyendo, pero no limitado a, una advertencia verbal, destitución inmediata del programa/evento, y/o la prohibición de la participación futura en los programas de la ciudad.
6. **RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Yo, con la intención de obligarse jurídicamente para mí y mis herederos, representantes personales, familiares y cualquiera que podría hacer una demanda en mi nombre, por la presente renuncio y libero a la ciudad de Costa Mesa y sus funcionarios elegidos, funcionarios, agentes, empleados, y voluntarios de cualquier y todas demandas para daños y/o responsabilidad, aunque causado por cualquier acto negligente activo o pasivo u omisión de la ciudad de Costa Mesa, o sus funcionarios elegidos, funcionarios, agentes, empleados y voluntarios, o relacionado de ora manera a mi participación o a la de mis hijo/hijos en programas de la ciudad. Prometo que no demandaré a la ciudad de Costa Mesa, o sus funcionarios elegidos, funcionarios, agentes, empleados y/o voluntarios por cualquier daño que incurra en relación con los programas de la ciudad. Esta autorización y exención se extiende a todas las demandas de cada tipo o clase, previsto o imprevisto, conocido o desconocido.

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? Sí No Si contesto sí, por favor explique: _____

Firma : _____ Fecha: _____ **SOLO PARA OFICINA**
 Recibido por: _____ Fecha: _____