

City of Costa Mesa ♦ L.E.A.P. Program ♦ Registration Form

PLEASE PRINT AND FILL OUT COMPLETELY

MINOR RELEASE WAIVER

CHILD'S FIRST NAME		CHILD'S LAST NAME		DATE OF BIRTH	GENDER
				___ / ___ / ___	
PARENT/GUARDIAN FIRST NAME	PARENT/GUARDIAN LAST NAME	CELL NUMBER	HOME/WORK NUMBER		
		() -	() -		
PARENT/GUARDIAN FIRST NAME	PARENT/GUARDIAN LAST NAME	CELL NUMBER	HOME/WORK NUMBER		
		() -	() -		
MAILING ADDRESS	APT. # (If Applicable)	CITY	ZIP CODE		
EMAIL		L.E.A.P. SESSION			
		<input type="checkbox"/> 4-5 Years: Monday - Friday		<input type="checkbox"/> 3-4 Years: Monday - Friday	

1. GENERAL POLICIES: I, the undersigned, understand and agree to the General Policies set forth herein. I further understand that if a participant has previously been or is the subject of discipline, suspension, or expulsion in connection with any City recreation programs, or has exhibited disruptive conduct, the City may, in its discretion, immediately unenroll the participant.

2. ASSUMPTION OF RISK: I fully understand that my or my child/children's participation in City recreation programs may expose me or my child/children to the risk of personal injury, death and/or property damage. I hereby acknowledge that participation in City programs is voluntary and I agree to assume the full risk of any injuries and/or damages and/or losses of property, regardless of severity and including death, that may occur in connection with my or my child/children's participation in City programs.

3. PHOTO RELEASE: I understand that City representatives may photograph or record activities of City programs and participants. I hereby grant permission for the City to use and/or publish my or my child/children's photograph or likeness photographed or recorded during my or my child/children's participation in City programs to promote City programs and services, and for any other purpose, without compensation to me or my child/children.

MEDICAL HISTORY

ADDITIONAL INFORMATION

PLEASE CHECK ALL THAT APPLY

Asthma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Seizures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other Diseases/Conditions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

ALLERGIES

Bee Stings	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Latex	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Foods	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other Allergies	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If Yes, please explain: _____

PLEASE READ THE FOLLOWING:

- Refund Policy:** Request for refund must be submitted to staff during the first week of each month in writing. A charge of \$20 will apply. Requests can be emailed to cmrecinfo@costamesa.gov
- Program Hours:** 9 a.m. – 1 p.m. Early drop-offs will not be accepted. A \$20 fee will be charged for every 15 minutes, or part thereof, for late pick-ups. Time is determined by the room clock.
- Fees are per month regardless of the number of programs days in the month or the numbers of days your child attends the program.
- Program fees are due monthly on the 15th for the following month. Failure to submit payment by the 15th may result in cancellation of your child's enrollment.

INITIAL

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

4. MEDICAL RELEASE: I authorize the City to provide or cause to be provided such medical treatment to me or my child/children as may be necessary or appropriate if any injury occurs during my or my child/children's participation in City recreation programs. I further agree to pay any and all costs incurred in connection with such treatment.

5. CIVILITY CONDUCT POLICY: I understand that the Recreation Division's Civility Conduct Policy is intended to provide a safe, friendly and comfortable environment for participants and staff by requiring that everyone "treat others the way you want to be treated." I understand that any participant that violates the Civility Conduct Policy may, depending on the severity of the violation, be subject to disciplinary action, including, but not limited to, a verbal warning, immediate removal from the program/event, and/or denial of future participation in City programs.

6. WAIVER AND RELEASE OF LIABILITY: I, intending to be legally bound for myself and my heirs, personal representatives, next of kin, and anyone who might make a claim on my behalf, hereby waive, release, and discharge the City of Costa Mesa, and its elected officials, officers, agents, employees, and volunteers from any and all claims for damages and/or liability, whether caused by any active or passive negligent act or omission of the City of Costa Mesa, or its elected officials, officers, agents, employees, and/or volunteers, or otherwise related to my or my child/children's participation in City programs, and promise not to sue the City of Costa Mesa, or its elected officials, officers, agents, employees, and/or volunteers for any damages I incur in connection with the City's programs. This release and waiver extends to all claims of every kind or nature whatsoever, foreseen or unforeseen, known or unknown.

As part of our commitment to the "Americans with Disabilities Act" and our participants, are there any special accommodations needed for participation in the above-mentioned activities?

Yes No

If yes, please explain:

Signature: _____

Print Name: _____

Date: _____

Is your child on any medication? (inhaler, EpiPen, etc.)

Yes No

If Yes, your child needs medication to be taken during program hours, you will need to fill out a "Request for Administration of Medication" form. Please request form from staff.

Name of medication: _____

Reason: _____

EMERGENCY CONTACTS

NAME
PHONE
() -
RELATIONSHIP
NAME
PHONE
() -
RELATIONSHIP

Cuidad de Costa Mesa ♦ Programa de L.E.A.P. ♦ Forma de Registración

POR FAVOR IMPRIMIR Y LLENE COMPLETAMENTE

NIÑO NOMBRE (PRIMERO)		NIÑO NOMBRE (APELLIDO)		FECHA DE NACIMEINTO	GÉNERO
				___ / ___ / ___	
PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (PRIMERO)	PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (APELLIDO)	NUMERO DE CELULAR		TELÉFONO (CASA, TRABAJO)	
		<input type="text"/> () - <input type="text"/>		<input type="text"/> () - <input type="text"/>	
PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (PRIMERO)	PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (APELLIDO)	NUMERO DE CELULAR		TELÉFONO (CASA, TRABAJO)	
		<input type="text"/> () - <input type="text"/>		<input type="text"/> () - <input type="text"/>	
DOMICILIO		APT. #	CUIDAD	CÓDIGO POSTAL	
CORREO ELECTRÓNICO			L.E.A.P. SESIÓN		
			<input type="checkbox"/> 4-5 años: lunes a viernes <input type="checkbox"/> 3-4 años: lunes a viernes		

DESLIGAMIENTO de RESPONSABILIDADES

- 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 Cuidad de Costa Mesa, a su discreción, anular la inscripción inmediata del participante.
- 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.
- AUTORIZACIÓN DE FOTOS:** Entiendo que representantes de la ciudad pueden fotografiar o grabar las actividades de los programas de la ciudad y 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).

HISTORIA MEDICA

INFORMACIÓN ADICIONAL

MARQUE TODO LO QUE APLICA	POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE:	INICIAL
Asma <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Epilepsia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Otras enfermedades/condiciones <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ALERGIAS Las picaduras de abeja <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Látex <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Comidas <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Otras alergias <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si contesto Si, por favor explique: _____ _____	<ol style="list-style-type: none"> PÓLIZA DE REEMBOLSO: Las solicitudes de reembolso deberían hacerse por escrito durante la primera semana de cada sesión. Se cobrarán \$20 por el servicio. Se puede enviar solicitudes de reembolso por correo electrónico a cmrecinfo@costamesaca.gov HORAS DEL PROGRAMA: 9 a.m. – 1 p.m. No se aceptarán devoluciones anticipadas. Una multa de \$20 se cobrará por cada 15 minutos que su(s) niño(s) sean recogidos tarde. El precio es por mes independientemente de la cantidad de días escolares en el mes o la cantidad de días que su hijo(a) atendieron el programa. El precio del programa vence el día 15 de cada mes para el mes siguiente. Si no envía el pago antes del día 15, puede cancelar la inscripción de su hijo. 	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
CONTACTOS DE EMERGENCIA		
NOMBRE		
TELÉFONO		
<input type="text"/> () - <input type="text"/>		
RELACIÓN		
TELÉFONO		
PHONE		
<input type="text"/> () - <input type="text"/>		
RELACIÓN		

- AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Autorizo que la ciudad provee 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.
- PÓLIZA DE CONDUCTA DE CIVILIDAD:** Entiendo que la póliza de conducta de civildad 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 civildad 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.
- 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 otra 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: _____

Imprime nombre: _____

Fecha: _____