

# City of Costa Mesa ♦ Summer R.O.C.K.S Program ♦ Registration Form

## General Policies

- |  |                |
|--|----------------|
| 1. Request for refund must be made during the first week of each session in writing. A refund charge of \$20 will apply. | Initial: _____ |
| 2. A parent/guardian must sign in/out their child daily. Children are not allowed to sign themselves out of the program. | Initial: _____ |
| 3. A \$20 fee will be charged for every ten (10) minutes, or part thereof, for late pick-ups after 4:00pm.               | Initial: _____ |
| 4. I understand and agree to the policies and rules stated in the Summer R.O.C.K.S Parent Packet.                        | Initial: _____ |

## Locations (check location attending):

- Balearic Community Center
  Downtown Recreation Center

## Please Print and Fill Out Completely

Child 1 Name (First, Last):	Date of Birth: / /	Age:	M	F	Entering Grade: 1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> 3 <sup>rd</sup> 4 <sup>th</sup> 5 <sup>th</sup> 6 <sup>th</sup>
Child 2 Name (First, Last):	Date of Birth: / /	Age:	M	F	Entering Grade: 1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> 3 <sup>rd</sup> 4 <sup>th</sup> 5 <sup>th</sup> 6 <sup>th</sup>
Child 3 Name (First, Last):	Date of Birth: / /	Age:	M	F	Entering Grade: 1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> 3 <sup>rd</sup> 4 <sup>th</sup> 5 <sup>th</sup> 6 <sup>th</sup>
Parent/Guardian Name (First, Last):	Cell #:	Home/Work #:			
Parent/Guardian Name (First, Last):	Cell #:	Home/Work #:			

**Address:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

### Medical History

### Important Information

<b>Please check all that apply</b>	<b>Child 1</b>	<b>Child 2</b>	<b>Child 3</b>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Asthma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Seizures	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Chicken Pox	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Head Lice (recent)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Other Diseases/Conditions	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
1-on-1 care is needed**	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

**EMERGENCY CONTACTS:**

Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

**ALLERGIES**

Bee Stings	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Latex	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Food	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Drug Allergies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Any Other Allergies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

If Yes, please explain: \_\_\_\_\_

If your child needs medication to be taken while at Summer R.O.C.K.S, you will need to fill out a "Request for Administration of Medication" form. Please request form from staff.

Name of medication: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

*\*\*Please note that the City strives to make reasonable accommodations for participants with a special need or developmental disability. The City does not currently offer structured inclusion services to participants that require a 1-on-1 aid for assistance or supervision during program hours. A 1-on-1 aid that is provided by the participant's family/guardian will be accepted with proper documentation.*

**CODE WORD:** \_\_\_\_\_

*Adults must sign out child(ren) from Summer R.O.C.K.S using the above code word. The code word is for your child's safety. Please remember this is confidential and should only be released to trusted individuals.*

## Payment Options & Sessions

**Costa Mesa Residents**

- Session #1: June 10, 2024 - July 12, 2024: **Free**
- Session #2: July 15, 2024 - August 9, 2024: **Free**
- Session #3: August 12 - 16, 2024 at BCC only: **Free**

**Non-Residents**

- Session #1: June 10, 2024 - July 12, 2024: **\$63.00**
- Session #2: July 15, 2024 - August 9, 2024: **\$52.00**
- Session #3: August 12 - 16, 2024 at BCC only: **Free**

## Minor Release Waiver

**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.

**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.

**PHOTO 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.

**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.

**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.

**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

Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Ciudad de Costa Mesa ◇ Programa de Summer R.O.C.K.S ◇ Forma de Registración

## Pólizas Generales

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. La solicitud de reembolso debe realizarse durante la primera semana de cada mes por escrito. Se aplicará un cargo por servicio de \$20.              | Inicial: _____ |
| 2. Un padre/guardián debe registrar la entrada/salida de su hijo todos los días. A los niños no se les permite firmar por sí mismos fuera del programa. | Inicial: _____ |
| 3. Se cobrará una tarifa de \$20 por recoger a su niño(s) después de las 4 p.m.   | Inicial: _____ |
| 4. He leído y entiendo las reglas y el proceso disciplinario del programa R.O.C.K.S (vea el paquete para padres).                                       | Inicial: _____ |

## Ubicaciones (Por favor seleccione su preferencia)

- Balearic Community Center**
   
  **Downtown Recreation Center**

Niño 1 Nombre (Primero, Apellido):	Fecha de Nacimiento:	/	/	M	F	Entrando al Grado:
Niño 2 Nombre (Primero, Apellido):	Fecha de Nacimiento:	/	/	M	F	Entrando al Grado:
Niño 3 Nombre (Primero, Apellido):	Fecha de Nacimiento:	/	/	M	F	Entrando al 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 Médica

### Información Adicional

*Por favor marque todos los que apliquen*

	NINO 1	NINO 2	NINO 3
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Asma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Epilepsia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Viruelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Liendres (recientemente)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Otras enfermedades/condiciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Mi hijo requiere atención 1-a-1**	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

### CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

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

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: \_\_\_\_\_

\*\*Tenga en cuenta que el Ayuntamiento se esfuerza por hacer adaptaciones razonables para los participantes con una necesidad especial o discapacidad del desarrollo. La ciudad no ofrece actualmente servicios de inclusión estructuradas a los participantes que requieran una ayuda de 1-a-1 para obtener asistencia o supervisión durante las horas del programa. Una ayuda de 1-a-1 que es proporcionada por la familia del participante / tutor será aceptada con la documentación apropiada.

Los adultos deben registrar/apuntar niño(s) a partir de Summer 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.

Palabra Clave: \_\_\_\_\_

## Opciones de Pago y Sesiones

### Residentes de Costa Mesa

- Sesión 1: 10 de junio de 2024 - 12 de julio de 2024: **Gratis**
- Sesión 2: 15 de julio de 2024 - 9 de agosto de 2024: **Gratis**
- Sesión 3: Del 12 al 16 de agosto de 2024 solo en BCC: **Gratis**

### No residente de Costa Mesa

- Sesión 1: 10 de junio de 2024 - 12 de julio de 2024: **\$63.00**
- Sesión 2: 15 de julio de 2024 - 9 de agosto de 2024: **\$52.00**
- Sesión 3: Del 12 al 16 de agosto de 2024 solo en BCC: **Gratis**

## Renuncia de Liberación Menor

**POLÍZAS GENERALES:** Yo, el/la abajo firmante, entiendo y acepto las pólizas generales aquí establecidas. Además entiendo que si un participante ha sido o es el objeto de disciplina, suspensión o expulsión en relación con los programas de recreación de la ciudad o ha exhibido conducta negativa, la ciudad puede, a su discreción, inmediatamente cancelar la inscripción del participante.

**ASUNCIÓN DE RIESGO:** Entiendo perfectamente que mi participación o la de mi hijo/hijos 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/hijos 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 mí o mis hijo/hijos fotografiado o grabado durante la participación de mí o mis hijo/hijos 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/hijos.

**AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Autorizo que la ciudad provee o haga que se provea cualquier tratamiento médico a mí o a mis hijo/hijos que sea necesario o apropiado si cualquier daño ocurre durante mi participación o la de mis hijo/hijos en los programas de recreación de la ciudad. Además acepto pagar cualquier y todos los gastos incurridos en relación con dicho tratamiento.

**POLÍZA DE CONDUCTA DE CIVILIDAD:** Entiendo que la poliza 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 poliza 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.

**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 Su Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_