

Cuidad de Costa Mesa ♦ Camp Costa Mesa ♦ Forma de Registración

POR FAVOR IMPRIMIR Y LLENE COMPLETAMENTE

DESLIGAMIENTO de RESPONSABILIDADES

NIÑO 1 NOMBRE (PRIMERO)	NIÑO 1 NOMBRE (APELLIDO)	FECHA DE NACIMEINTO	EDAD	GENÉRO	GRADO
		___ / ___ / ___			
NIÑO 2 NOMBRE (PRIMERO)	NIÑO 2 NOMBRE (APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENÉRO	GRADO
		___ / ___ / ___			
PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (PRIMERO)	PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (APELLIDO)	NUMERO DE CELULAR		TELÉFONO (CASA, TRABAJO)	
		() -		() -	
PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (PRIMERO)	PADRE/GUARDIÁN NOMBRE (APELLIDO)	NUMERO DE CELULAR		TELÉFONO (CASA, TRABAJO)	
		() -		() -	
DOMICILIO		APT. # (SI ES APLICABLE)	NUMERO DE CELULAR		CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO				TALLA DE CAMISETA (CIRCULO)	
				Niño 1: YS YM AS AM AL AXL	
				Niño 2: YS YM AS AM AL AXL	

HISTORIA MÉDICA		NIÑO 1		NIÑO 2	
MARQUE TODO LO QUE APLICA					
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Viruelas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Liendres (recientemente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras enfermedades/condiciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ALERGIAS					
Picaduras de abejas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comidas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contesto Si, por favor explique: _____					

Mi hijo requiere atención 1-a-1 ** <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
** 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.					
Si su niño(a) necesita tomar medicina mientras asiste el programa de Camp Costa Mesa, es necesario llenar una forma de "Solicitud para Tomar Medicina". Por favor solicite esta forma.					
Nombre de Medicina: _____					
Razón: _____					

INFORMACIÓN ADICIONAL	
CAMPAMENTO DESEADO:	
<input type="checkbox"/> Winter Wk 1 <input type="checkbox"/> Winter Wk 2	SEMANAS DE VERANO:
<input type="checkbox"/> Presidents' <input type="checkbox"/> Spring	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
CONTACTOS DE EMERGENCIA	
NOMBRE	
TELÉFONO	
() -	
RELACIÓN	
NOMBRE	
TELÉFONO	
() -	
RELACIÓN	
FIRMAR DE SALIDA	
Da usted a su niño(s) autorización para firmar su salida del Programa de Camp Costa Mesa? <input type="checkbox"/> * Sí <input type="checkbox"/> No	
*Si marco Sí, el padre/guardián debe presentar una carta escrita de consentimiento para el director del programa de correo electrónico a cmrecinfo@costamesaca.gov .	
PALABRA CLAVE	

Los adultos deben de firmar la salida de su(s) niño(s) utilizando la palabra de código anterior. La palabra clave es para la seguridad de su hijo. Recuerde que esto es confidencial y solo debe divulgarse a personas de confianza.	

- 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.
 - 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
 - Una multa de \$20 se cobrará por cada 15 minutos que su(s) niño(s) sean recogidos tarde.
 - He leído y entendido las reglas y el proceso disciplinario del Camp Costa Mesa (paquete para padres).
- INICIAL DEL PADRE/GUARDIÁN:** _____
- 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 mí o mis hijo(s) fotografiado o grabado durante la participación de mí 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).
- 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.
- 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.
- 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: _____