



City of Los Angeles
 Department of Recreation & Parks
Fred Roberts Recreation Center
 4700 Honduras ST. Los Angeles, CA 90011
 (323)234-8650



Email: Fredroberts.recreationcenter@lacity.org

Formulario de solicitud del programa Después de la Escuela 2025-2026

Informacion Del Estudiante (please print)

• Nombre Del Estudiante (Apellido, First Name) _____ Edad _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Numero De Telefono: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____

Escuela: _____ Grado: _____

• Padres/Guardian: _____ Custodia Legal: Si No

Direccion: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Coreo Electronico: _____

• Parent/Guardian: _____ Legal Custody: yes no

Address: _____ City _____ Zip _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Email Address: _____

Recogida Autorizada y lista de contactos de Emergencia

Solo las personas que figuran en la lista de recogida autorizada podrán inscribir a su hijo en el programa después de la escuela. Cualquier cambio debe hacerse EN PERSONA. En caso de emergencia, los padres/tutores serán contactados primero. Si no se puede contactar a los padres/tutores, llamaremos a las personas que se indican a continuación en el orden indicado.

• Name _____ Relationship: _____ Phone: (____) _____

Doy permiso para que mi hijo/a se registre en la hoja de asistencia para el programa.

Initials _____

COMPRUEBE SI EL NIÑO HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

- | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Frequent Colds | <input type="checkbox"/> Nose Bleeds | <input type="checkbox"/> Appendicitis |
| <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble | <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Skin Rash | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> German Measles | <input type="checkbox"/> Ear Infection | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> Diphtheria |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> Heart Trouble | <input type="checkbox"/> Asthma |

AÑO DE LA ÚLTIMA INMUNIZACIÓN O REFUERZO

- | | |
|----------------------|----------------------|
| Tetanus _____ | Mumps _____ |
| Diphtheria _____ | German Measles _____ |
| Whooping Cough _____ | Hepatitis _____ |
| Polio _____ | |

Allergias: _____

Medicamento: _____ Rason: _____

Condiciones Medicales: _____

OFFICE USE ONLY:

LIBERACIÓN DE RENUNCIA

ACUERDO ASUMIENDO RIESGO DE LESIONES O DAÑOS, RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RECLAMACIONES Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA PARA UN MENOR DE EDAD

En consideración a que la Ciudad de Los Ángeles, actuando a través de su Departamento de Recreación y Parques, otorgando al niño menor de edad nombrado a continuación ("Menor") la oportunidad de participar en el Programa Después de la Escuela del Centro de Recreación Fred Roberts ("Programa"), yo, (nombre en letra de imprenta) _____, el abajo firmante, como padre o tutor legal del Menor, por la presente acepto lo siguiente:

- Soy consciente de que existen ciertos riesgos de lesiones y/o daños inherentes a las actividades del Programa.
- Entiendo que si mi hijo se porta mal y/o está enfermo y necesita ser enviado a casa, acepto recogerlo a la hora solicitada por el personal
- Acepto completar el formulario de historial de salud que proporciona el historial de salud actual, completo y veraz del menor, incluido el historial de vacunación y el estado general de salud física, mental y emocional. Bajo ciertas condiciones médicas, entiendo que el Centro Recreativo Fred Roberts puede requerir una autorización por escrito basada en un examen físico realizado por una persona médica autorizada como requisito para que el Menor participe en el Programa.
- Confirmando a mi leal saber y entender, que el menor no está sujeto a una enfermedad física o mental ni bajo la influencia de ningún medicamento u otra sustancia que pueda obstaculizar su participación segura en el programa.
- Instruiré al Menor para que cumpla con todas las normas de seguridad y tome precauciones razonables para minimizar los riesgos de lesiones o daños que surjan de la participación en el Programa.
- Doy mi consentimiento para que el Menor participe en todos los aspectos del Programa y, a sabiendas, asumo toda la responsabilidad por todos los riesgos de lesiones corporales, muerte o daños a la propiedad que el Menor pueda sufrir como resultado.
- Doy mi consentimiento para que el Menor sea transportado en automóvil, camioneta, autobús fletado, autobús escolar fletado y/o transporte público, o caminando como parte del Programa.
- Entiendo que la Ciudad no tiene la obligación de obtener tratamiento médico para el menor. En caso de que sea necesario que el Menor reciba atención médica de emergencia mientras participa en el Programa, por la presente le doy al personal de la Ciudad mi permiso para usar su juicio para obtener atención médica, y; Doy permiso al proveedor de atención médica seleccionado por el personal de la Ciudad para brindar la atención médica que se considere necesaria y apropiada.
- También autorizo a la Ciudad a hacer, adquirir o usar fotografías, películas, cintas u otras semejanzas de la imagen física y/o la voz del Menor según sea necesario para su uso con los materiales publicitarios del Programa.
- Excepto por negligencia grave o mala conducta intencional de la Ciudad, renuncio a todos los derechos de recuperación que Minor o yo podamos tener ahora o en el futuro, ya sean conocidos o desconocidos, contra la Ciudad de Los Ángeles o sus funcionarios, agencias o empleados, y libero, absuelvo y libero para siempre a la Ciudad de toda responsabilidad por cualquier lesión corporal u otra lesión personal, daños, pérdidas o gastos, reclamaciones, demandas, causas de acción, daños monetarios, costos, pérdida de servicios o uso, compensación, deudas incluidos los honorarios de abogados, que resulten o estén relacionados de alguna manera con la participación del Menor en el Programa o cualquier actividad relacionada.
- He leído detenidamente este acuerdo. Entiendo lo que significa y mi firma a continuación es mi propio acto libre. Tengo la intención de que sea legalmente vinculante para Minor y para mí. También reconozco que he recibido la carta para padres después de la escuela y estoy de acuerdo con los términos y políticas descritos en ella.
- **Importante:** Se requiere la firma del padre o tutor:

Firma Del Padre:

X _____ Fecha: _____

Nombre Del Padre:

(please print) _____ Tel: (____) _____

Nombre Del Estudiante: _____

Exención del requisito de registro de vacunación. Por la presente, solicito la exención del niño, mencionado anteriormente, de los requisitos de vacunación para asistir al preescolar porque todas o algunas vacunas son contrarias a mis creencias. Entiendo que en caso de un brote de cualquiera de estas enfermedades, el niño puede ser excluido temporalmente de la asistencia para su protección.

Firma de los padres:

X _____ Date: _____

