

CITY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF RECREATION AND PARKS

FORMA DE REGISTRO DE DEPORTES PARA GPLA

Instalaciones _____	Tamaño uniforme : Pequeña Med Grande XGrande 2XGrande 3XGrande
---------------------	--

Deporte Niñas'	DIVISIÓN (GPLA)
-----------------------	-----------------

J U A G A D O R	Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ (m/d/año) Edad: ___ Grado: ___ Estatura: ___ Peso: ___ Escuela: _____ ¿Eres un jugador que regresa? Sí No Si es así, ¿Cuál equipo?: _____ División: _____ ¿Tiene usted una hermana que juega en esta misma división de edad? Sí No Si es así: Nombre _____ Edad: _____ <p align="center">Los privilegios de estar en el mismo equipo solo aplicaran a las hermanas.</p>
--	--

G E N E R A L	Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Padre/Guardián _____ Teléfono Principal (____) _____ Teléfono Alternativo (____) _____ Correo Electrónico: _____ En caso de Emergencia: Nombre: _____ Teléfono Principal (____) _____ Teléfono Alternativo (____) _____
--	---

Por favor verifique si usted está interesado en ayudar con uno de lo siguiente :

Entrenador Ayudante Voluntario/a

¿Cómo se enteró acerca de este programa ? Correo Periódico Amigo/Familia Escuela Teléfono Correo Electrónico Facebook

Otro: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Consentimiento del Padre: Yo le doy permisión a mi hijo/a, el cual su nombre está nombrado abajo, a participar en la programa de _____ . Autorizo a la Ciudad de hacer, procurar o utilizar fotografías, películas, grabaciones u otras imágenes físicos y/o de voz cuales sean necesarios para uso publicitario del programa. Estoy de acuerdo en considerar la Ciudad de Los Ángeles, Departamento de Recreación y Parques, oficiales, agentes, empleados y co-patrocinadores inofensivos por cualquier herida a mi hijo/a cual resulte de la participación en la programa de deportes. Entiendo que la Ciudad de Los Ángeles no tiene seguro. También entiendo que el programa de _____ reserve el derecho despedir a un participante por cualquier conducto prejudicial al programa.

AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO DE UN MENOR EN UN HOSPITAL AUTORIZADO EN CASO DE EMERGENCIA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE: Yo(nosotros), (los) padre(s) abajó firmante(s) del menor, cuyo es nombrado, autorizo _____ como agente para el abajó firmante para consentir a cualquier examen de radiografía, anestésico, el diagnóstico médico o quirúrgico, o el tratamiento y atención que se cree aconsejable, cual deberá ser rendido baja la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo la provisión del Acto de la Práctica Médica cual es parte del personal médico de un hospital licenciado si tal diagnóstico o tratamiento se rinde en la oficina del médico o en el hospital. Se entiende que esta autorización se rinde en avance de algún diagnóstico específico, el tratamiento o atención médica requerida pero se da a proporcionar la autoridad y el poder en la parte de los agentes referidos para dar el consentimiento específico a cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención médica que el médico referido ejercite de su mejor juicio ser aconsejable.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

JURAMENTO DE PADRES PARA LOS NIÑOS

Me comprometo a demostrar un buen espíritu deportivo por ser un modelo positivo y alentador para jugar y divertirse mientras lo apoyamos a usted y su equipo en la Victoria y la derrota.

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____ Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

RR NUMBER	AMOUNT	RECEIVED BY (Initial)	AGE VERIFIED (Initial)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____