Buro de Recreación y Parques de la Ciudad de York

2014 Programa de Parques de Verano

(Complete un FORMULARIO de INSCRIPCION para cada NIÑO con TINTA * en letra IMPRENTA)

James E. Gross, Director de Recreación y Parques

C. Kim Bracey, Mayor

LAS TASAS DE REGISTRO (Haga cheque de pago a nombre de: Ciudad de York)
Residente de la ciudad - $25.00 POR EL PRIMER NIÑO EN FAMILA (Cada niño adicional $20.00)
No Residente de la Ciudad - $55.00 POR EL PRIMER NIÑO EN FAMILA (Cada niño adicional $50.00)
Por Favor Note: UN MAXIMO de 40 jóvenes serán aceptados para cada parque por orden de llegada.

Nombre del Joven _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____Estado_____Códico Postal _____ Num.Teléfono_____

Escuela (2013-2014) _____Grado _____

Fecha de la última vacuna antitetánica_____ ¿Su hijo puede nadar? ☐ Sí ☐ No

El niño necesita un TSS? ☐ Sí ☐ No

Por favor, marque la casilla correspondiente para indicar a que parque asistirá su hijo:

☐ Albemarle	☐ Lincoln	☐ Allen	☐ Bantz	☐ Yorktown
(100 Blk. S. Lehman St.)	(Parkway Blvd & Roosevelt Ave.)	(Tremont & Wallace Sts.)	(Salem Ave.)	(Kelly Drive)

INFORMACION DE PADRES/GUARDIAN

Nombre _____ Teléfono Primordial _____ Relación del Niño_____

Dirección _____Ciudad _____Estado_____Códico Postal_____

Empleo_____ Horario de Trabajo _____Numero de Trabajo_____

PERSONA DE CONTACTO, EN EL CASO QUE EL PADRE/GUARDIAN NO PUEDEAN SER LOCALIZADO

(Debe estar en casa durante el día y tener medio de transporte.)

1) Nombre _____ Relación del Niño_____

Dirección Postal_____ Núm. Teléfono _____

2) Nombre _____ Relación del Niño_____

Dirección Postal_____ Núm. Teléfono _____

AYUDA MEDICA DE EMERGENCIA

Medico Familiar _____Num. Teléfono _____

Nombre del dentista _____Núm. Teléfono _____

Compañía de Seguro de Salud _____Póliza/ Núm. Grupo_____

¿En nombre de quien está la Póliza?_____

¿Su Hijo toma medicamentos? ☐ Sí ☐ No ¿QuéMedicamento? _____

¿Para qué? _____ ¿Dosis (cuanto)?_____

¿La frecuencia? _____ ¿Alergias? _____ ¿De qué tipo? _____

(Los niños deben de administrar sus medicamentos necesarios bajo la supervisión del personal. El Programa de Parques de verano, el personal no estará dando medicamentos. Ningún niño será permitido usar medicamentos que no estén escrito en este formulario).

❖ SE REQUIERE la firma de Padres y Niños. ❖

Registro es en base del Primero de Llegar será servido. LIMITE de 40 Jóvenes POR PARQUE.

LAS FECHAS DE MATRICULA: 16 De Junio – 19 De Junio, A Las 4:30 to 7:00 pm (York City Hall Lobby)

DESPUES de Junio 19, por favor llame al 717-854-1587 para disponibilidad de espacio.

Se pueden hacer copias de este formulario.
Formularios de inscripción también están disponibles para la impresión en el sitio web de la ciudad, www.yorkcity.org

EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR COMPLETO. POR FAVOR USE TINTA.

FAVOR DE LEER

Formulario de Consentimiento a Tratamiento

Doy permiso al personal del Programa. Y también autorizo al personal médico de ese lugar para proporcionar cualquier y todo tratamiento necesario. Yo entiendo que yo seré completamente responsable de cualquier tipo de tratamiento relacionado a gastos médico que mi hijo/hija contraiga mientras participe en el Programa de Parques de Verano.

Responsabilidad de /Foto/ Publicación de Video

Yo asumo cualquier y todos los riesgos asociados con este programa de verano, incluyendo, pero no limitado a, los accidentes, los efectos del tiempo, todos los actos de negligencia por parte de los participantes, el personal o los lideres, amigos o grupo de compañeros del participante y los actos de otros que no están bajo el control de Programa de Parques de Verano. Conociendo estas estipulaciones y la consideración y aceptación de su inscripción en el registro que da renuncia y hace libre, indemniza al Programa de Parques de Verano de la ciudad de York, sus funcionarios, empleados, administradores, voluntarios y otros participantes de cualquier reclamación que surja de una lesión para mí o mis hijos de toda responsabilidad. Yo renuncio mis derechos y los de mis hijos de demandar a cualquier de las mencionadas partes de la totalidad de los daños y perjuicios a mis hijos o a mí mismo. También soy consciente de que no habrá ningún tipo de reembolso. Yo doy el permiso al Programa de Parque de Verano para utilizar fotos, y videos de mi niño participando en las actividades en varios lugares. (Por ejemplo: grupo/actividad fotos en diferentes lugares) Renuncio a mi derecho a remuneración alguna y todos para ese uso.

Padre/Guardian
Imprenta (tinta) _____ Firma (tinta) _____ Fecha_____

La Compresión y el Comportamiento del Estudiante

Yo estoy de acuerdo obedecer las reglas del Programa de Parques de Verano. Yo entiendo que tengo que seguir las reglas para que el Programa de Parques de Verano tenga actividades divertidas y seguras. Entiendo también que mi falta por no seguir las reglas establecidas resultara en algún tipo de medidas disciplinarias, tales como la expulsión del programa.

El Joven
Imprenta (tinta) _____ Firma del Joven (tinta) _____ Fecha_____

****Uso de la Oficina Solamente**** Total Amt. Paid $_____

Date Paid_____

Receipt No. _____ Initials_____