

A Participante (los participantes menores de edad no necesitan proveer su correo electrónico ni número de teléfono)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____ de trabajo: _____

**Waiver/Registration Form**Aquatic Division Office
2818 San Gabriel
Austin, Texas 78705
Phone: (512) 974-9332 Fax: (512) 974-9344**Waiver Directions:** Please print legibly in ink, or complete electronically
Adult Participants should fully complete boxes **A, B & E**.
Guardians of Youth Participants should fully complete boxes **A, B, C, D & E**.
Aquatic Participants should not complete box **D**.**B Adulto responsable/contacto de emergencia # 1**¿La persona nombrada a continuación tiene autorización para hacer cambios en éste registro? sí no

Nombre: _____

Domicilio: _____ Código postal: _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____

de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

C Adulto responsable/contacto de emergencia #2¿La persona nombrada a continuación tiene autorización para hacer cambios en éste registro? sí no

Nombre: _____

Domicilio: _____ Código postal: _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____

de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

D Otros contactos de emergencia diferentes a los ya proveídos, por favor enlistelos en orden de prioridad.

Provea Inicial: _____

Nombre	Teléfono fijo	Teléfono laboral	Celular	Relación con el niño	¿Autorizado para retirar al niño?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

E Información médica y adicional1. ¿Tiene usted alguna alergia a ciertos alimentos, medicamentos, insectos, plantas etc que usted sepa? sí No

Si respondió que sí, por favor especifique: _____

2. ¿Cualquier enfermedad existente conocida? sí No

Si respondió que sí, por favor especifique: _____

3. Por favor liste cualquier condición física que pudiera restringir sus actividades físicas o que requiriese de cuidado

especial para participar en este programa. _____

Sólo para participantes jóvenes y niños¿El menor enlistado en éste programa requiere tomar medicamentos durante el transcurso de la clase? Nota: el programa debe de exedir una hora en duración sí No **Si la respuesta es afirmativa por favor complete la forma designada para autorización de medicamentos.****Autorización para la toma de fotografías**

Yo, la persona que firma éste registro, doy mi consentimiento para la toma de fotografías y video durante el curso de éste programa en las locaciones ofrecidas con el propósito de usarlas en materiales promocionales tanto impresos como digitales en la página en el internet de la Ciudad de Austin. Las fotografías tomadas pasan a ser propiedad exclusiva del Departamento de Parques y Recreación de la ciudad de Austin. Si elijo lo contrario y no doy autorización para la toma de fotos y videos con el propósito antes mencionado, lo indico mediante mis iniciales proveidas en éste espacio. _____

Firma: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____

La ciudad de Austin cumple con orgullo la Ley de Estadounidenses con discapacidades.

Si necesita asistencia para participar en nuestros programas o utilizar nuestras instalaciones, por

favor llame al (512) 974-3910. ¿Necesita asistencia? sí No (Opcional)**Avido sobre las normas de calidad**

Los programas para niños que el Departamento de Parques y Recreación ofrece y supervisa, requieren que cada participante se inscriba o enrole para poder participar en dichas actividades, las cuales no son bajo licencia del estado pero que se mantienen bajo los estándares de calidad adoptado en el decreto No. 20110324-060 de la Ciudad de Austin. Copias del mencionado decreto son disponibles en todos los lugares en los que se ofrecen estas clases.

Compromiso de Obligación

Con respecto a mi permiso para la participación en las clases y programas registrados, Yo, la persona cuya firma aparece a continuación, acepto mediante la presente el liberar a la Ciudad de Austin ("La Ciudad"), a sus empleados y agentes, de cualquier acción, demanda o reclamo por daños personales o pérdida de los mismos debido a la negligencia que se pudiera presentar por parte de La Ciudad, sus empleados o agentes.

En el evento en el que La Ciudad o algún voluntario provea transportación para el alumno registrado en estos programas, también quedan liberados de cualquier obligación.

Otorgo mi permiso para administrar tratamiento médico de emergencia, anestesia y hasta cirugía de ser necesario. Yo acepto la responsabilidad de gastos o servicios medicos.

Nombre del participante: _____

Preguntas específicas del lugar

¿Es usted o su esposo un empleado de la ciudad de Austin? Sí No

¿quiciera mantenerse al día con nuestras noticias mediante correo electrónico?
 Sí No

Talle de camiseta (si se requiere) jóvenes:

XS Niño S Niño M Niño L Niño

Talle para adultos:

S Adulto M Adulto L Adulto XL Adulto Otro: _____

¿A que escuela asiste su hijo? _____

¿Le gustaría participar como entrenador voluntario? Sí No

Si se requiere, Talla para la camiseta de entrenador: _____

Forma de Pago (requerido al momento de registro)

Efectivo (por favor traiga el cantidad exacta) Cheque (pagadero a nombre de la «City of Austin-PARD») Tarjeta de crédito

Tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: _____

Visa MasterCard American Express Discover

Código de Verificación: _____

Nombre del tarjeta habiente: _____

Dirección de facturación: _____

Firma del tarjeta habiente: _____ Fecha: _____

Los padres de familia de menores pueden optar en inscribirse en un plan de pago automático, el cual nos autoriza a cargar el monto de su programa automáticamente a la tarjeta de crédito cuando se llega a su fecha de pago.

Autorización de pago automático _____ (today's date) Cancelación de pago automático _____
electrónico y fecha del día de hoy y fecha del día de hoy

Función de la registración Nombre de la clase	Horas de clases Mañana/ Tarde	Fechas de clases	Costo por clase	Depósito	<i>Sólo para uso de la oficina</i> <i>Monto Pagado Hoy</i>	Efectivo/Número de cheque/ N.º y fecha de Tarjeta de crédito	Fecha / Horario: Provea Inicial
	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde		\$	\$	\$		
	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde		\$	\$	\$		
	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde		\$	\$	\$		
	<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde		\$	\$	\$		

CLASES DE NATACIÓN (solo complete para registro en programas acuáticos)

	Sesión	Alberca	Nivel	Horario	Fechas	Cuotas	\$
Primera Elección							
Segunda Elección							
Tercera Elección							
Cuarta Elección							

POLÍZITA DE REEMBOLSO: Estas son específicas a cada uno de los programas. Por favor consulte la poliza correspondiente al programa en el cual usted está registrado