

A. Renuncia de los participantes menores (Completar con en tinta)

Nombre de Participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Tamaño camiseta: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino**B. Finalización requerida por todos los participantes. Si Primaria y Secundaria no residen en el mismo domicilio, complete la sección D.**

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: _____

Nombre Primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Correo Electrónico Primario: _____

Celular*: _____ Proveedor: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre Secundario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Correo Electrónico Primario: _____

Celular*: _____ Proveedor: _____ Teléfono de Trabajo: _____

C. Finalización requerida por todos los participantes. Hacer una lista de contactos que no sean miembros del hogar mencionadas anteriormente.

Contactos de Emergencia	Relación	Teléfono	de Trabajo	Celular	¿Autorizado para retirar?
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No

D. Solo completar esta sección si un participante menores reside en dos hogares diferentes.

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: _____

Nombre Primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Correo Electrónico Primario: _____

Celular*: _____ Proveedor: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre Secundario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Correo Electrónico Primario: _____

Celular*: _____ Proveedor: _____ Teléfono de Trabajo: _____

**Program Registration and Waiver Form**Austin, Texas
Teléfono: _____**E. Finalización requerida por todos los participantes.****Información Médica**

¿Tiene usted alguna alergia a ciertos alimentos, medicamentos, insectos, plantas etc?

[Sí ___] [No ___] por favor especifique: _____

Por favor liste cualquier condición médica o limitaciones que pudiera restringir sus actividades físicas o limitaciones que requiriese de cuidado especial para participar en este programa.

Sólo para participantes jóvenes y niños: ¿El participante requiere prescripción médica durante las horas del programa? Programa debe exceder de una hora. [Sí ___] [No ___]

Si respondió que sí, por favor completar un **formulario de autorización médica**.

Solicitud de modificación de accesibilidad

La Ciudad de Austin se ajusta con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades que garantiza que todas las personas puedan disfrutar y beneficiarse de nuestros servicios de ocio y recreación. Si necesita ayuda o una modificación para la participación en los programas o el uso de nuestras instalaciones, por favor llame **512-974-3914** para consultar a un Coordinador de Inclusión por lo menos con dos semanas de anterioridad a un evento, actividad o fecha límite de registro. ¿Necesita una modificación? [Sí ___] [No ___] (Opcional)

Política de privacidad con respecto a la información personal

Recabamos información personalmente identificable como nombres, direcciones postales, correo electrónico, etc. cuando se proporciona personalmente por nuestros visitantes. La información que usted proporciona es usada solamente para cumplir con su solicitud específica, a menos que nos otorgue permiso para usarla de otra manera, por ejemplo para agregarlo a una de nuestras listas de correo. ¿Opcional por no recibir correos electrónicos? [___]

Compromiso para permitir el uso de imagen

Las fotografías y videos tomados durante este programa y en nuestras ubicaciones pueden ser utilizados con fines promocionales en materiales impresos y en la Web de la ciudad. Las imágenes son la propiedad de la Ciudad de Austin Departamento de Parques y Recreación. Inicial en el espacio provisto si no desea permitir el uso de fotografías o video para el propósito indicado anteriormente. ¿Opcional por no? [___]

Notificación de Estándares de Atención

Programas o actividades para niños supervisadas por el Departamento de Parques y Recreación y que requieren de inscripción o registro para poder participar no están autorizados por el Estado, sino que siguen los estándares de cuidado adoptadas por la Ciudad de Austin Ordenanza No. 20190307-041. La ordenanza está disponible y publicado en cada instalación de Parques y Recreación.

Exención de Responsabilidad

En consideración de que el participante tenga permitido participar en la(s) clase(s) o programa(s), el suscrito por este conducto exime a la Ciudad, sus empleados y representantes, de cualquier acción, reclamo o demanda de lesión personal o pérdidas patrimoniales que surjan de o debido a cualquier acto negligente u omisión de la Ciudad, sus representantes o empleados. La presente exención no tendrá efecto en relación a daños causados por la negligencia grave de la Ciudad. En caso que la Ciudad o algún voluntario brinde transporte al participante registrado, la presente renuncia y exención se extenderá y exentará al conductor empleado de la Ciudad de cualquier y toda responsabilidad. Se otorga permiso para cualquier emergencia de tratamiento médico, operación o anestesia que pudieran llegar a ser necesarios. Estoy de acuerdo en ser responsable del costo del tratamiento o servicio médico.

Nombre Impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____

* Al proporcionarnos números de teléfonos celulares, usted consiente ser contactado a dicho número. Lo podemos contactar personalmente, mediante mensaje grabado, mediante el uso de equipo de marcado automático y mediante mensajes de texto (SMS), para fines comerciales razonables. Pueden aplicar tarifas estándar de datos, de conformidad con su plan de telefonía móvil.