

(3rd & Spruce) 3 de Septiembre – 30 de Mayo | LUNES - VIERNES

3:30 p.m. – 7:45 p.m. | Cena y merienda incluida |

HOJA DE REGISTRACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO (A):		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DIRECCIÓN:			
NOMBRE DE LA MADRE:		TELÉFONO :	CORREO ELECTRÓNICO:
LUGAR Y NUMERO DE TRABAJO DE LA MADRE:			
NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN:		TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
LUGAR Y NUMERO TELEFONICO DE TRABAJO DEL PADRE :			
GRADO DEL NIÑO (A) EN SEPTIEMBRE 2024: _____		Origen Étnico (marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
ESCUELA DEL NIÑO(A): _____		Raza (marque uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	

ACUERDO, RENUNCIA Y LIBERACIÓN PARA MENORES


Queridos padres y/o guardianes:

A medida que poco a poco volvemos a la normalidad después de las medidas tomadas para hacer frente a la amenaza de COVID-19, creemos que es importante que usted entienda y reconozca lo siguiente. Un riesgo inherente de exposición al COVID-19 existe en cualquier lugar público donde haya personas presentes. El COVID-19 es una enfermedad extremadamente contagiosa que puede provocar enfermedades graves y la muerte. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, las personas mayores y las personas con afecciones médicas subyacentes son especialmente vulnerables. Al hacer que su hijo participe en las actividades de la Comisión de Recreación de lectura, usted y su hijo reconocen y asumen todos los riesgos relacionados con la exposición a COVID-19, incluido el riesgo de que su hijo se convierta en portador de COVID-19 y exponga a otros como resultado. **inicial**

En consideración a que Reading Recreation Commission ("RRC") me permita participar en el programa extraescolar, yo, el INFRASCRITO, certifico que tengo la custodia legal o soy el tutor natural o designado de dicho menor, y acepto estar obligado por lo siguiente: **1. Participación en el Programa:** El Programa después de la escuela ofrece una variedad de actividades para los niños, incluyendo, pero no limitado a, deportes de contacto, jugar en el equipo de juegos infantiles, artes y manualidades, actividades sociales, juegos activos y juegos tranquilos. Algunos peligros asociados con estas actividades incluyen, entre otros, lesiones asociadas con deportes de contacto y lesiones asociadas con jugar en equipos de juegos infantiles, quemaduras solares, calor agotamiento, picaduras de insectos, picaduras de abejas y lesiones menores asociadas al uso de tijeras, equipos de caza y varios otros suministros y materiales. Las edades para el programa son: 1er – 12mo grado! **2. Condición del programa:** Entiendo que los programas antes mencionados no son de cuidado infantil, pero son considerados por RRC como programación recreativa, lo que significa que los niños no recibirán atención estructurada y supervisión. Los niños tienen derecho a ir y venir de las instalaciones de la RRC y el personal no los supervisará para impedir que salgan. **3. Atención médica:** Por la presente doy mi consentimiento para que en el caso de que dicho menor requiera tratamiento médico mientras esté bajo la supervisión del personal de RRC en relación con la actividad descrita anteriormente, dicho personal puede autorizar el tratamiento que considere necesario. También acepto pagar todos los gastos médicos, hospitalarios u otros gastos en los que dicho menor puedan incurrir como resultado. **4. Renuncia, liberación e indemnización:** Por la presente renuncio, libero y descargo todas y cada una de las reclamaciones por adelantado contra RRC (incluidos sus directores, funcionarios, empleados y agentes) de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de o esté relacionada de alguna manera con la participación de dicho menor en las actividades descritas anteriormente, a pesar de que esa responsabilidad puede surgir de negligencia o descuido en la parte de RRC (o sus directores, funcionarios, empleados o agentes) por daños por lesiones personales, muerte o daños a la propiedad que yo o dicho menor podamos tener o que puedan acumularse en lo sucesivo como resultado de la participación en dicha actividad. Se entiende y acuerda que esta renuncia, liberación y asunción de riesgos será vinculante para los herederos y cesionarios de dicho menor y el abajo firmante. Además, acepto reembolsar o compensar cualquier pérdida o daño o costo que RRC (o sus directores, funcionarios, empleados o agentes) puedan tener que pagar si surge cualquier litigio a causa de cualquier reclamo realizado por dicho menor o por cualquier persona en nombre de dicho menor. **5. Promoción:** Por la presente doy mi consentimiento a Reading Recreation Commission para fotografiar a dicho menor. Entiendo que la imagen puede ser incluida en los materiales promocionales del programa, y / o en la promoción del Programa después de la escuela de RRC en el periódico, presentaciones de diapositivas u otros medios. Cualquier uso de imágenes de los participantes del patio de recreo es solo para fines benéficos de RRC.

He leído cuidadosamente este Acuerdo de Renuncia o Responsabilidad, Liberación Médica e Indemnización y entiendo completamente su contenido. Soy consciente de que esta es una liberación de responsabilidad y un contrato entre yo y Reading Recreation Commission.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

320 S. 3rd Street, Reading, PA 19602 ~ Phone: 610.655.6201 ~ Fax: 610.655.6130 ~ www.readingrec.org
Para información llame a Heather Boyer 610.655.6203 **Por Favor complete la parte de atrás** 



INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL NIÑO (A):		FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:		
NOMBRE DE LA MADRE:	TELEFONO :	CELULAR:
LUGAR Y NUMERO DE TRABAJO DE LA MADRE:		
NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN:	TELEFONO :	CELULAR:
LUGAR Y NUMERO TELEFONICO DE TRABAJO DEL PADRE :		
NOMBRE DEL DOCTOR O CENTRO DE CUIDADO MEDICO DEL MENOR:		TELEFONO :
DIRECION DEL DOCTOR:		
ALERGIAS O CONDICIONES ESPECIALES:		
MEDICACION, DOSIS, TIEMPOS DE CONSUMO:		
ACTIVIDADES RESTRINGIDAS, SI ALGUNA:		
SEGURO DE SALUD:	# DE POLISA :	
Los siguientes individuos están autorizados a dejar (firmar entrada) y recoger (firmar salida) de mi niño(a):		
Primer Nombre y apellido:	TELEFONO :	
Primer Nombre y apellido:	TELEFONO :	
Primer Nombre y apellido:	TELEFONO :	

•En el caso de una emergencia, entiendo que soy responsable de todos los gastos en caso de que mi hijo necesite tratamiento médico. •Doy mi permiso para que el personal de Reading Recreation Commission autorice el tratamiento médico necesario, incluida la autorización para que mi hijo sea llevado al centro hospitalario más cercano en caso de una emergencia. •Yo doy permiso a Reading Recreation Commission y su personal para administrar el medicamento de mi hijo de acuerdo con mis instrucciones escritas en este formulario. •Se me pedirá que recoja a mi hijo del patio de recreo si tiene una enfermedad o afección contagiosa.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____ **FECHA:** ____ / ____ / ____

No escriba debajo de esta línea

Cantidad total a pagar: _____ (Registración \$80.00)

Cantidad total recibida: \$ _____

Pagado por medio de: ___EFFECTIVO ___ CHEQUE _____ NUMERO DE CHEQUE _____ NUMERO DE TARJETA DE CREDITO

Recibido por: _____

Fecha Recibido: ____ / ____ / ____