



East Bay
Regional Park District

TEEN OUTDOOR PROGRAMS

Leaders-in-Training

Formulario de salud y renuncia

Llene este formulario y devuélvalo a:

Stewart Reid, Tidewater Boating Center

4675A Tidewater Ave, Oakland, CA 94601

fax: 510.261.8114 email: SReid@ebparks.org

Apellido del adolescente

Nombre del adolescente

Fecha de nacimiento

Tamaño de camiseta

Natación: *Los campistas estarán en el agua a la altura del pecho, supervisados por los salvavidas y los líderes de recreación. Las áreas de natación están delimitadas. Por favor, díganos si permite a su niño entrar en el agua.*

Sí, mi niño puede entrar en el agua con supervisión del personal

No, no quiero que mi niño entre en el agua en absoluto

¿Para qué semana(s) se está inscribiendo?

10 al 14 de junio: Temescal, Oakland

8 al 12 de julio: Castle Rock, Walnut Creek

29 de julio al 2 de agosto:

17 al 21 de junio: Temescal, Oakland

15 al 19 de julio Don Castro, Hayward

Coyote Hills, Fremont

24 al 28 de junio: Miller Knox, Richmond

22 al 26 de julio Ardenwood, Fremont

Padres/tutores principales:

Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Además del padre/tutor, enumere por favor 2 contactos adicionales en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el adolescente: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el adolescente: _____ Teléfono: _____

Además del padre/tutor, ¿a quién se autoriza para recoger al adolescente? (se requiere una identificación con foto en la recogida)

Nombre: _____ Relación con el adolescente: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el adolescente: _____ Teléfono: _____

Mi adolescente tiene permiso para entrar y salir y regresar al hogar por sí mismo.

Sí

No

Historial médico:

Describe por favor cualquier problema o lesiones médicas de las que debamos ser conscientes: _____

Describe por favor cualquier problema emocional o psicológico del que debamos ser conscientes: _____

Por favor, enumere todas las alergias del adolescente: _____

Por favor, enumere cualquier medicación que necesite tomar el adolescente *mientras esté en el programa*: _____

a) Por favor, enumere las medicaciones actuales que necesita tomar el adolescente en el campamento: _____

b) ¿Cómo se administra la medicación? _____ ¿Cuándo? _____ Dosis _____

Seguro médico: _____ Número de póliza: _____ Nombre y teléfono del Doctor: _____

Siéntase libre, por favor, de adjuntar información adicional, o llame al coordinador de recreación, al 510.544.2558 para hablar de cualquier otro problema.

Autorización del padre/tutor:

Este historial de salud es correcto a mi mejor saber y entender, y la persona aquí mencionada tiene permiso de participar en todas las actividades prescritas del programa. En caso de una emergencia en la cual no pueda dar permiso para un tratamiento médico y no se pueda contactar a la persona designada por mí en casos de emergencia, autorizo al personal o los agentes del distrito a obtener cualquier tratamiento médico que juzguen necesario para el bienestar de mi hijo. En el caso de mi hijo, esta autorización se da conforme a las disposiciones de la sección 25.8 del código civil de California. Además, comprendo y estoy de acuerdo en ser responsable a nivel financiero de todas las cargas y tasas por la prestación del mencionado tratamiento de emergencia, sin importar si mi seguro médico cubre tales cargas y tasas.

Si tiene más de 18 años, firma del participante: _____ Fecha: _____

Si es menor de 18 años, firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Yo, quien firma más adelante, como participante, o como padre o tutor del niño que aparece en este formulario, asumo por este medio la responsabilidad completa de todo riesgo de lesión o pérdida que pueda resultar de la participación mía o de mi hijo en el programa mencionado más adelante, y acuerdo por este medio considerar inofensivo, exonerar y liberar para siempre al East Bay Regional Park District, a sus funcionarios, directores, agentes y empleados (colectivamente el "distrito") de toda y cualesquier demanda y exigencia de cualquier tipo que la persona que firma más adelante, y cualquiera de ellos o cualquier tercero y sus representantes o cualquier persona que actúa en representación de los mismos, o daños, pérdidas o destrucción de propiedades, que surjan o sean el resultado directo o indirecto de mi participación o la de mi hijo en la actividad anteriormente mencionada, y ocurriendo durante la participación mencionada, o en cualquier momento subsiguiente, sin importar si tales demandas o exigencias surgen por negligencia del distrito. Los términos de esta exoneración servirán como exoneración y asunción de riesgos para mí, mi hijo, mis herederos, ejecutivos, administradores y para todos los miembros de mi familia.

Entiendo, estoy de acuerdo y reconozco que algunas actividades en este programa pueden ser de naturaleza peligrosa y/o incluir una actividad física y/o vigorosa. Asumo por este medio todo riesgo de tales actividades. Entendiendo esto, declaro, a mi mejor saber y entender, que yo mismo o mi hijo, que aparece en este formulario, no tenemos ninguna condición de salud médica, física, mental, o emocional que obstaculicen la participación activa mía o mi hijo en el programa mencionado en este formulario.

En caso de cualquier emergencia en la cual no pueda dar permiso para un tratamiento médico y no se pueda contactar a la persona designada por mí en casos de emergencia, autorizo al personal o los agentes del distrito a obtener cualquier tratamiento médico que juzguen necesario para el bienestar de mi hijo. En el caso de mi hijo, esta autorización se da conforme a las disposiciones de la sección 25.8 del código civil de California. Además, comprendo y estoy de acuerdo en ser responsable a nivel financiero de todas las cargas y tasas por la prestación del mencionado tratamiento de emergencia, sin importar si mi seguro médico cubre tales cargas y tasas.

Doy mi permiso por completo al East Bay Regional Park District y cualquier medio de comunicación para usar mi nombre y el de mi hijo, cualesquiera fotografías mías o de mi hijo, gráficos de video, películas o grabaciones, para cualquier publicidad y propósito promocional, sin obligaciones o responsabilidad hacia mí.

Si tiene más de 18 años, firma del participante: _____ Fecha: _____

Si es menor de 18 años, firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____