



# CLUB INFANTIL

## Formulario de Inscripción

Dana Después del Colegio

# 2024-2025

Enviar a:  
Geneva.NipomoRecreation@gmail.com  
Despacho 805.929. NIÑOS (5437)

261 West Dana Street  
Apartado de correos 346  
Nipomo CA 93444

www.NipomoRecreation.com

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO (Un formulario por niño)	DOB	EDAD	GRADO	ESCUELA

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PADRE/TUTO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFON DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ZIP: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

Responsable del Pago:  Padre  Madre  CAPSLO  CRR  Otros (por favor lista): \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA** (Las personas que están autorizadas para recoger a su hijo y, en su ausencia, pueden ser contactadas en caso de una emergencia)

ADULTO AUTORIZADO: _____	TELÉFONO: _____
ADULTO AUTORIZADO: _____	TELÉFONO: _____
ADULTO AUTORIZADO: _____	TELÉFONO: _____

¿Alguna actividad específica a evitar?  Sí  No Si Sí, qué y por qué \_\_\_\_\_

¿Hay algún comportamiento / preocupación / necesidades especiales que el personal debe tener en cuenta? \_\_\_\_\_

¿Tu niño tiene alguna alergia que el personal debe tener en cuenta?  Sí  No  
En caso afirmativo, describa \_\_\_\_\_

¿Otra información significativa sobre su hijo que sería útil saber? \_\_\_\_\_

### Autorización de los padres

En el caso de que mi hijo necesite atención médica inmediata por las lesiones recibidas mientras participaba en un programa de la Asociación de Recreación del Área de Nipomo, doy mi permiso para que los miembros del personal de NARA administren el tratamiento médico necesario. El personal de NARA también puede admitir a mi hijo en la sala de emergencias de un hospital para recibir tratamiento médico de emergencia sin mi consentimiento si no puedo comunicarme para dar permiso.

Hospital preferido: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi consentimiento a la Asociación de Recreación del Área de Nipomo (NARA) y a sus líderes designados para transportar a mi hijo (nombrado anteriormente) por medio de caminatas, transporte público o compañías privadas de autobuses en viajes a pie, proyectos de aprendizaje de servicio comunitario y excursiones con el entendimiento de que dichos viajes están bajo la supervisión del personal autorizado de NARA y que se toman todas las precauciones posibles para garantizar la salud y la seguridad de mi hijo. Doy permiso para que el personal de NARA aplique  protector solar, según sea necesario para mi hijo.

### LIBERACIÓN MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD *Por favor, lea atentamente antes de firmar.*

El abajo firmante acepta eximir de responsabilidad a Nipomo Recreation Association y a cualquier otro funcionario o empleado de la misma de cualquier reclamo por lesiones o accidentes a los mencionados anteriormente que surjan de o estén relacionados de alguna manera con la actividad mencionada. Reconozco que este programa puede tener algunos riesgos inherentes y acepto la responsabilidad de identificar esos riesgos y aceptarlos. En caso de accidente que surja de la actividad mencionada, se puede administrar asistencia médica a la persona nombrada en este documento. Este formulario de registro actuará como liberación médica. Si el participante es menor de 18 años, el padre o tutor debe firmar la liberación.

**FIRMA**

**FECHA**

### Declaración oficial de no discriminación

(USDA) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades por motivos de raza, color, origen nacional, género, religión, edad, discapacidad o creencias políticas. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación de la información del programa (Braille, letra grande, cinta de audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET de SDA al (202) 720-2600 (voz y TDD).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Sala 326-W, Edificio Whitten, 14th y Independence Avenue, SW, Wash- ington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.



# INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO-AUTORIZACIÓN DE USO

Autorizo el cobro de las cuotas adeudadas y certifico que soy el titular y firmante autorizado del crédito tarjeta mencionada anteriormente. Certifico que toda la información anterior es completa y precisa.

<b>Nombre tal como aparece en la tarjeta:</b>	
<b>Tipo de tarjeta de crédito: VISA MC OTHER</b>	
<b>Número de tarjeta de crédito:</b>	
<b>Fecha de caducidad:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono #:</b>	
<b>Nombre del titular de la tarjeta:</b>	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>