



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN UN PROGRAMA

## Información sobre el Adulto/Tutor (a) Legal *(Letras de Molde, Por Favor)*

<b>Nombre del 1<sup>er</sup> Adulto:</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono en la casa (____) _____ Teléfono en el trabajo (____) _____ Teléfono Móvil (____) _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> No se me envíe ninguna otra información del programa	<b>Nombre del 2<sup>o</sup> Adulto:</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono en la casa (____) _____ Teléfono en el trabajo (____) _____ Teléfono Móvil (____) _____ E-mail _____ <input type="checkbox"/> No se me envíe ninguna otra información del programa
--	---

Información sobre el niño(a)/participante Apellido	Fecha de Nacimiento	M/F	Grado Actual	#Código de Clase	Información obre actividades para niños(as) o adultos	Fecha de Comienzo	Hora	MATRI-CULA

Donación Opcional al Fondo de Asistencia Financiera: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adolescencia Tercera Edad	\$5.00  <b>SUBTOTAL</b>  <b>Crédito/ Descuento</b>  <b>TOTAL \$</b>
<input type="checkbox"/> Residente - Un 'residente' es uno que vive dentro Novato. <input type="checkbox"/> No Residente - Un 'no residente' es quien se sirve de apartado postal como dirección y/o vive fuera de Novato. <input type="checkbox"/> Si, debido a necesidades particulares, requiero arreglos razonables para poder utilizar el lugar y/o participar en programas. Comuníquese con nosotros sobre su necesidad de servicios para discapacitados - (415) 899-8279 o (415) 899-8290.	

## Información sobre Personas con Quienes Se Debe Comunicar en Caso de Emergencia

Nombre:	Parentesco:	Teléfono: ( )
Nombre:	Parentesco:	Teléfono: ( )

## Información Médica

Nombre	Medicación	Alergia

**COMPLETE** y envíe por **FAX** ambos lados del formulario de registro a Novato Gymnastics 415-897-6395, o al Margaret Todd Senior Center 415-897-0239 (pago por tarjetas de crédito solamente); o **ENVIAR POR CORREO** o **TRAER** el formulario de registro completo a Novato Gymnastics Center, 950 7th St., 415-899-8279, o al Margaret Todd Senior Center, 1560 Hill Rd. 415-899-8290.

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:** Fecha de Tramitación: \_\_\_\_\_ # del Recibo \_\_\_\_\_ Registrador: \_\_\_\_\_

## Manera de Pagar

Pago por cheque o giro postal a nombre de CITY OF NOVATO, o en efectivo, o por tarjeta de crédito (véase lo que sigue abajo).

CHEQUE/GIRO POSTAL  EFECTIVO          ASISTENCIA FINANCIERA

### ¡BIEN FÁCIL! HASTA PUEDE USAR SU TARJETA DE CRÉDITO

No. de la Tarjeta: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE DE MOLDE que aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Código de seguridad de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD / CONSENTIMIENTO EN CUANTO A TRATAMIENTO MÉDICO

(Para que podamos tramitar su registración, usted debe firmar el formulario de EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO EN CUANTO A TRATAMIENTO MÉDICO luego de leerlo y ponerse de acuerdo con todo lo que aquí se declara. No se tramitarán las inscripciones en las que algún cambio se haya hecho al antedicho formulario).

Teniendo en cuenta mi participación o la participación de los miembros de mi familia en los programas de recreo de la Ciudad de Novato en que quiero inscribir, yo, por mi propia voluntad, ME COMPROMETO A RENUNCIAR cualquier y todo reclamo en contra de la CIUDAD DE NOVATO, la AGENCIA SUCESORA DE LA CIUDAD DE NOVATO A LA DISUELTA AGENCIA DE REURBANIZACIÓN DE NOVATO, la AUTORIDAD DE FINANZAS PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE NOVATO Y SUS RESPECTIVOS FUNCIONARIOS, AGENTES, EMPLEADOS Y VOLUNTARIOS (de aquí en adelante los "RENUNCIADOS") de toda responsabilidad por lesiones, enfermedades (incluido el COVID-19) o muerte o daños a la propiedad a mi o a mis familiares que resulten de, que surjan de, o de alguna manera relacionados con la participación mía o de mis familiares en los programas de recreación de la ciudad de Novato o el uso de las instalaciones de los RENUNCIADOS en relación con este o estos programas. Yo entiendo que esta EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD se aplica aún cuando las actividades negligentes de los RENUNCIADOS hayan contribuido al daño o a la muerte o a daño a propiedades sufrido por mí o mis familiares al participar en este/estos programa(s). Acepto además INDEMNIZAR, DEJAR A SALVO Y LIBRAR DE RESPONSABILIDAD a los RENUNCIADOS de y contra cualquier y toda responsabilidad, demanda, motivos de acción y/o daños y perjuicios de toda clase o tipo (inclusive gastos de litigio y honorarios para abogados o testigos peritos) que resulten de la participación en este/estos programas, causados sea por un acto de negligencia o sea por omisión de parte de los RENUNCIADOS.

Yo entiendo además que graves accidentes puedan ocurrir en el/los programa(s) de recreo de la ciudad de Novato, en que presento una inscripción, y que los participantes en este/estos programa(s) puedan sufrir daños y perjuicios personales mortales o graves y/o daños a propiedades a consecuencia de participar en este/estos programa(s). Reconociendo los riesgos de las actividades, aún ACEPTO POR LA PRESENTE TOMAR ESTOS RIESGOS Y DEJAR A SALVO Y LIBRAR DE RESPONSABILIDAD EN TODA LA EXTENSIÓN DE LO PERMITIDO POR LA LEY A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS QUIENES POR NEGLIGENCIA PASIVA O ACTIVA O POR DESCUIDO PUDIERAN SER RESPONSABLES ANTE MÍ POR DAÑOS Y PERJUICIOS.

Se entiende adicionalmente y se pone de acuerdo que esta exención de responsabilidad, de renuncia, de dejar a salvo e indemnización, nos vincula a mí y a otros participantes miembros de mi familia y a nuestros herederos, representantes y cesionarios.

Doy la autorización por la presente que médicos competentes den cualquier tratamiento o cuidado que crean que yo necesite, o necesiten miembros de mi familia, en caso de enfermedad o accidente durante tal(es) programa(s). En el caso de lesión de un niño participante, y si un padre no puede ser alcanzado, el Novato Fire District será contactado para transportar a los heridos a:

- Novato Community Hospital o  
 Kaiser Permanente

(Por favor marque uno. Si no selecciona uno, los heridos serán automáticamente transportados a Novato Community Hospital.)

Si no desea que su hijo(a) sea fotografiado mientras participa en nuestros programas o instalaciones comunitarias, envíe un correo electrónico indicando esta preferencia a [novatofun@novato.org](mailto:novatofun@novato.org).

**Por mi firma abajo, yo indico que he leído, entiendo, y por voluntad propia me comprometo a cumplir con cada uno de los términos arriba expresados.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_