

F O R M A D E R E G I S T R A C I Ó N

Favor de escribir con letra de molde y llenar completamente. Para pagar cuota de residente, se requiere un comprobante para verificar que ud. es residente de Santa Monica. Favor de incluir una copia de un cobro de utilidades corriente y de una identificación con foto.

Información del participante

Nombre completo (nombre y apellido) _____

Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Escuela _____ Salón _____

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo

Nombre de tutor legal _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Teléfono celular () _____ Dirección del correo electrónico _____

Necesidades especiales/medicamento _____

Grupo étnico (opcional) _____

Información del pagador (La persona que está pagando por la registración)

Nombre (nombre y apellido) _____

Licencia de conducir _____

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo
Complete esta sección si la información es diferente a la del participante.

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono del trabajo () _____

Teléfono celular () _____

Dirección del correo electrónico _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha: _____ Cheque: _____ Recibo: _____

SECCIÓN A: Actividades

Sólamete indica las opciones para clases.

Número de la sesión	Nombre de la actividad*	1a Opción		2a Opción		3a Opción		Cuota**
		Día	Hora	Día	Hora	Día	Hora	
Total de cuotas								

*incluye campos, cuidado de niños, clases y talleres ** Residentes de Santa Monica: incluya una copia de ultima cuenta de luz/gas reciente y una identificación con foto.

Reembolso de fondos: Talleres, Campos y Cuidado de Niños del Programa CREST (alumnos de 4to y 5to grado) - Sólo se darán reembolsos con una documentación médica. Los reembolsos serán cuotizados. Es aplicable una cuota de cancelación de \$15.00. Esto se debe solicitar por escrito al supervisor del programa en persona o por fax, por correo, o por correo electrónico.

Clases: Reembolsos serán proveidos solo si son pedidos dentro de un día despues de la primera clase. Se cobrara \$15 para procesar su reembolso. Pedidos tendran que ser recibidos por escrito al supervisor del programa, en persona, por fax, correo electronico o correo postal.

SECCIÓN B: Permiso de Autorización

Por favor indica los nombres de personas adultas autorizadas a recoger a su hijo/a en el caso que usted no pueda ser contactado o caso de emergencia.

Nombre	Relación	Numero de Telefono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Mi hijo/a se puede firmar la entrada o salida al final del dia programado (Mi hijo/a tiene por lo menos 12 años). SI NO

SECCIÓN C: Forma de Pago

Cheque (haga cheque separado para cada actividad, haga el cheque a nombre *City of Santa Monica*.)

Giro postal

Ayuda financiera juvenil (adjunte carta de aprobación) Llame al 458-8540.

Tarjeta de crédito (marque una con círculo) MasterCard Visa Discover

Fecha de expiración: _____
Mes _____ / Año _____

Firma del tenedor _____

Envíe la solicitud de registración a:

City of Santa Monica
Attn: Registration
1133 7th Street
Santa Monica, CA 90403



Envíe la solicitud por fax (con la información de su tarjeta de crédito) al: (310) 451-3569

RENUNCIA, CESIÓN Y TOMA DE RESPONSABILIDAD En consideración a la participación del solicitante en la actividad arribamencionada, yo renuncio a y descargo todo reclamo por daños que resulten a causa de muerte, daño corporal, o daños a la propiedad que puedan ocurrir como resultado de haber participado en tal actividad. Esto desobliga por anticipado a la Ciudad de Santa Mónica, a sus empleados y otros agentes, de cualquier responsabilidad aunque esa responsabilidad resulte por negligencia de ellos. Yo sé que esa actividad involucra un riesgo de accidentes, y yo estoy dispuesto a asumir el riesgo. Esta renuncia, cesión y toma de responsabilidad es obligatoria e incluye a mis herederos y cesionarios. Doy permiso para que se dé cualquier cuidado médico que los líderes del equipo arribamencionado determinen sea necesario.

PERMISO PARA FOTOGRAFIAR Por la presente doy permiso a que se tomen/hagan fotografías, grabaciones o reproducciones de cualquier otro tipo (inclusive el uso de grabación por video o audio) de la imagen, voz y/o las actividades del participante y además autorizo a la Ciudad de Santa Mónica, sus agentes o cesionarios, a que usen sin límite tales reproducciones, inclusive, pero no limitado a la emisión al público de tales reproducciones por las estaciones de radio y televisión. Entiendo que no recibiré ninguna compensación monetaria ahora, o en el futuro por haber participado. Por la presente renuncio y dejo a salvo a la Ciudad de Santa Mónica, a sus oficiales y empleados, de cualquier reclamo.

Marque la caja apropiada, firme, escriba la fecha y su nombre con letra de molde abajo: Padre/Madre Tutor legal

Firma _____ Fecha _____

Escriba su nombre con letra de molde _____