

RENUNCIA DEL PARTICIPANTE

(Por favor imprima y complete en tinta azul o negra)



PARTICIPANTE MENORES (Sólo para jóvenes)

Primer nombre de participante Nombre de Familia Fecha de Nacimiento Género/Identidad de género* Tamaño camiseta
*Género/Identidad de género: responda con Masculino, Femenino, No binario, No conforme o Prefiera no responder. Incluya personas trans o transgénero si corresponde.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ADULTO PARTICIPANTE O TUTOR PRIMARIO DEL HOGAR

Primer nombre de Adulto Participante o Tutor Primario del Hogar Nombre de Familia Correo Electrónico

Género/Identidad de género* Fecha de Nacimiento Domicilio Ciudad Estado Código Postal

Teléfono en Casa Teléfono de Trabajo Celular Proveedor de Celular

Al proporcionar su número de teléfono celular, usted acepta ser contactado a ese número para fines comerciales razonables. Es posible que nos pongamos en contacto con usted por teléfono, por grabación, mediante el uso de equipo automatizado o por mensaje de texto. Es posible que se apliquen tarifas de datos estándar bajo su plan de servicio telefónico.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL TUTOR SECUNDARIO

Primer nombre de Tutor Secundario del Hogar Nombre de Familia Correo Electrónico

Género/Identidad de género* Teléfono en Casa Teléfono de Trabajo Celular Proveedor de Celular

¿El tutor secundario vive en el mismo hogar como arriba? Sí No (Si No, Proporcionar información de contacto del hogar secundario)

Dirección de Correo del Hogar del Tutor Secundario Ciudad Estado Código Postal

Contactos de Emergencia Relación Teléfono en Casa Teléfono de Trabajo Celular ¿Autorizado para retirar?

Contactos de Emergencia	Relación	Teléfono en Casa	Teléfono de Trabajo	Celular	¿Autorizado para retirar?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN MÉDICA Y SEGURIDAD PERSONAL

1. ¿Tiene usted alguna alergia a ciertos alimentos, medicamentos, insectos, plantas etc? Sí No (En caso afirmativo, por favor especifique)

(Se puede agregar una página adicional si es necesario))

2. ¿Alguna enfermedad existente conocida? Sí No (En caso afirmativo, por favor especifique) _____

3. Enumere cualquier condición física que pueda restringir las actividades o una necesidad que requiera atención especial para participar en el programa/actividad:

Sólo para jóvenes y niños:

4. ¿El participante requiere de medicamentos recetados durante las horas del programa? (el programa debe de exceder 1 hora) Sí No (En caso afirmativo, por favor complete formulario de Autorización de Medicamentos.)

5. ¿El participante sabe nadar? Sí No. (En caso negativo, responda la pregunta 5.a. En caso afirmativo, continúe en la página siguiente.)

5.a. ¿El participante presenta riesgo de lesión o muerte al nadar o acceder de otro modo algún cuerpo de agua? Sí No (En caso afirmativo, el Departamento de Parques y Recreación de Austin proveerá un dispositivo de flotación que el participante deberá usar en todo momento, a excepción de cuando esté participando activamente en instrucciones de nado.)

Solicitud de Acomodación de Accesibilidad

La Ciudad de Austin se ajusta con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades que garantiza que todas las personas puedan disfrutar y beneficiarse de nuestros servicios de ocio y recreación. Si el participante requiere asistencia o una modificación para la participación en los programas o el uso de nuestras instalaciones, por favor llamar al 512.974.3914 al menos dos semanas antes de la participación para consultar con un Coordinador de Inclusión. ¿El participante requiere de acomodamientos?

Sí

No

Por favor, ponga sus iniciales en la casilla correspondiente

Política de Privacidad con Respeto a la Información Personal

Recabamos información personalmente identificable (nombres, direcciones postales, correo electrónico, etc.) cuando se proporciona personalmente por nuestros visitantes. La información que usted proporciona es utilizada para cumplir con su solicitud y como datos demográficos con fines de programación, y puede ser compartida con agencias asociadas (por ejemplo, AISD y el Condado de Travis). Su inicial aquí si no desea que compartamos la información del participante con estas agencias.

Optar por no

Renuncia de Liberación de Imágenes

Doy mi consentimiento para permitir que la ciudad utilice fotografías y videos tomados durante la clase o el programa y en lugares de la ciudad para fines publicitarios, por ejemplo, en materiales impresos, en el sitio web de la ciudad y en redes sociales de la ciudad. Las fotografías y videos permanecen propiedad del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Austin. Inicia aquí si no da su consentimiento a la ciudad en el uso de fotografías y videos.

Optar por no

Notificación de Estándares de Cuidado

Los programas/actividades Juveniles supervisados por el Departamento de Parques y Recreación que requieren inscripción/registro para participar no están acreditados por el estado, pero siguen los estándares de cuidado adoptados a través de la Ordenanza de la Ciudad de Austin. Una copia está disponible y publicada en cada sitio.

Liberación de Responsabilidad

Para y en consideración mía/del participante al ser permitido participar en la clase o programa patrocinado por el Departamento de Parques y Recreación de la ciudad de Austin, yo libero completamente a la ciudad, sus oficiales electos, oficiales, directores, empleados, agentes, voluntarios, afiliados y todos aquellos que actúan en su nombre de cualquier reclamo, acciones, causa de acción y quejas de cualquier tipo que pueda tener o que pudiera tener en el futuro, siendo conocidas o desconocidas, derivadas o relacionadas a mi/el participante en la clase o el programa.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre impreso del Adulto Participante o Padre/Tutor del Hogar

Firma

Fecha

Atención Médica de Emergencia

En el caso de una emergencia médica, doy mi consentimiento para que yo/el participante reciba tratamiento médico como sea considerado por los profesionales médicos que respondan a la emergencia. Acepto la responsabilidad de todos los costos de dicho tratamiento.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre impreso del Adulto Participante o Padre/Tutor del Hogar

Firma

Fecha

Autorización de Firma Electrónica

Una firma electrónica será considerada como una firma original para todos los propósitos y recibirá la misma fuerza y efecto que una firma original. "Firma Electrónica" incluirá versiones enviadas por fax de una firma original o de versiones electrónicamente escaneadas o transmitidas (ej. por pdf) de una firma original.

Datos Demográficos (respuestas son voluntarias)

Gracias por su interés en nuestros programas. Las siguientes preguntas ayudarán a la ciudad de Austin a servir mejor a los miembros de su comunidad y mejorar las iniciativas de divulgación. Seleccione las categorías con las que el participante más se identifique. Alternativamente, puede iniciar sesión en su cuenta en línea para completar estas preguntas.

Raza/Origen Étnico de Participante: Sin Respuesta Asiático Negro Americano Nativo/Nativo de Alaska Nativo de Hawaiano/Isleño del Pacífico Hispano/Latino Blanco Otro

Ingreso Anual Del Hogar: Sin Respuesta \$22,500 o menos \$22,501 – \$50,000 \$50,001 – \$75,000 \$75,001 – \$100,000 \$100,000 o más



La ciudad de Austin está comprometida con el cumplimiento de la Ley de Americanos con Discapacidades. Modificaciones razonables y acceso igualitario a las comunicaciones será otorgado bajo solicitud. Para asistencia póngase en contacto con (512) 974-3914 o Retransmitir a Texas 7-1-1.

