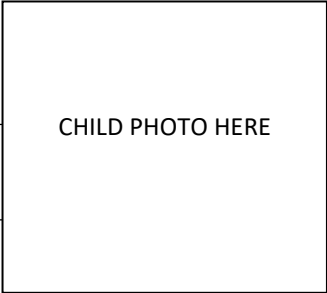




City of Los Angeles Department of Recreation and Parks

2024-2025 Afterschool Club (ASC) Registration Form

Programa Despues de Escuela -Formulario de Inscripción)



RECREATION CENTER: (Centro de Recreacion)

BELLEVUE RECREATION CENTER

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

First Name: Last Name: Male Female Other (Nombre del Participante) (Apellido) (Masculino) (Femenino) (Otro)

Date of Birth: Age: Grade: School: (Fecha de Nacimiento) (Edad) (Grado) (Escuela)

GENERAL INFORMATION (Información General)

Parent/Guardian Name: Cell #: Legal Custody: Yes No (Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular) (Custodia Legal) (Sí) (No)

Parent/Guardian Name: Cell #: Legal Custody: Yes No (Nombre de Tutor/Guardián) (Teléfono Celular) (Custodia Legal) (Sí) (No)

Home Address: City: State: Zip: (Domicilio) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Home Phone: Work Phone: Email: (Teléfono de Casa) (Teléfono de Trabajo) (Correo Electrónico)

EMERGENCY INFORMATION (Información de Emergencia)

Emergency Contact Name: Relation: (Nombre de Contacto de Emergencia) (Relación)

Phone: Cell Phone: (Teléfono) (Teléfono Celular)

Name of Out-of-State Contact: Relation: (Nombre de Persona Fuera del Estado) (Relación)

Phone: Cell Phone: (Teléfono) (Teléfono Celular)

PICK UP AUTHORIZATION (Autorización)

The following individuals have my unrestricted permission to pick up and sign out the above child without any further confirmation from me. Photo identification will be required upon picking up the participant.

(Las siguientes personas tienen mi permiso sin restricciones para recoger y firmar la salida del niño/niña sin ninguna confirmación ulterior de mí. Una identificación con foto será requerida al recoger al participante.)

Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name: Relation: Phone: (Nombre) (Relación) (Teléfono)

Name of Person(s) specifically NOT Authorized: (Nombre de la Persona Específicamente No Autorizada)

Participant Name (Nombre del Participante) _____

MEDICAL INFORMATION (Información Médica)

Insurance Provider: _____ Policy #: _____
 (Proveedor de Aseguranza) (Póliza #)

Physician Name: _____ Phone: _____
 (Nombre de Médico) (Teléfono)

Dentist Name: _____ Phone: _____
 (Nombre de Dentista) (Teléfono)

List any Allergies: _____ Name all Medications: _____
 (Anoté cualquier alergia) (Nombra todos los medicamentos)

Conditions or behaviors that we should be aware of in case of major emergency: _____
 (Condiciones o comportamientos que debemos tener en cuenta en caso de emergencia)

HEALTH HISTORY (Historial Médico)

HAS YOUR CHILD HAD ANY OF THE FOLLOWING: (PLEASE WRITE YES OR NO)

(El participante ha tenido alguno de los siguientes: (POR FAVOR ESCRIBA SI O NO))

<input type="checkbox"/> Appendicitis (Apendicitis)	<input type="checkbox"/> Constipation (Estreñimiento)	<input type="checkbox"/> German Measles (Sarampión Alemán)	<input type="checkbox"/> Measles (Sarampión)	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)	<input type="checkbox"/> Stomach Upset (Malestar Estomacal)
<input type="checkbox"/> Asthma (Asma)	<input type="checkbox"/> Diphtheria (Difteria)	<input type="checkbox"/> Hay Fever (Fiebre de Heno)	<input type="checkbox"/> Mumps (Paperas)	<input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Fiebre Escarlata)	<input type="checkbox"/> Tetanus (Tétanos)
<input type="checkbox"/> Chicken Pox (Varicela)	<input type="checkbox"/> Ear Infection (Infección del Oído)	<input type="checkbox"/> Headaches (Dolor de Cabeza)	<input type="checkbox"/> Nose Bleeds (Sangrado por la Nariz)	<input type="checkbox"/> Sinus Trouble (Dificultad con Sinusitis)	<input type="checkbox"/> Tonsillitis (Amigdalitis)
<input type="checkbox"/> Colds(frequent) (Resfriados)	<input type="checkbox"/> Fainting (Desmayo)	<input type="checkbox"/> Heart Trouble (Problemas de Corazón)	<input type="checkbox"/> Polio (Polio)	<input type="checkbox"/> Skin Rash (Ronchas en la Piel)	<input type="checkbox"/> Whooping Cough (Tos Ferina)
<input type="checkbox"/> Other (Otro): _____					

Year of last immunization or booster (Fecha de la última inmunización): _____

Has your child received any medical treatment in the past year? _____ Date: _____
 (El participante ha recibido tratamiento médico en el último año) (Fecha)

FOR OFFICE USE ONLY (Solo Para Uso Interno):

MONTH	\$ AMOUNT	RECEIPT #	DATE	STAFF INITIALS

Other Purchases / T-Shirt(s) Received

EXTRA T-SHIRT/ LATE PICK-UP	\$ AMOUNT	RECEIPT	DATE	INITIALS
<input type="checkbox"/> Received One Free T-Shirt (Size: _____)				
<input type="checkbox"/> Extra T-Shirt / <input type="checkbox"/> Late Pickup / <input type="checkbox"/> Other:				
<input type="checkbox"/> Extra T-Shirt / <input type="checkbox"/> Late Pickup / <input type="checkbox"/> Other:				
<input type="checkbox"/> Extra T-Shirt / <input type="checkbox"/> Late Pickup / <input type="checkbox"/> Other:				
<input type="checkbox"/> Extra T-Shirt / <input type="checkbox"/> Late Pickup / <input type="checkbox"/> Other:				

Participant Name (Nombre del Participante)

COVID-19 Acceptance of Risk and Waiver of Liability (COVID-19 Aceptación del Riesgo y Renuncia a la Responsabilidad)

By my participation I am fully aware that there are a number of risks associated with me and/or my child entering onto City of Los Angeles Department of Recreation and Parks (RAP) property, participating in RAP programs, and utilizing RAP equipment and facilities during the COVID-19 pandemic. This waiver, release, and other representations and covenants set forth herein are given in consideration for RAP permitting me and/or my child to participate in RAP programs during this emergency period.

Therefore, without limitation, I understand that I and/or my child could contract COVID-19 disease which could result in a serious medical condition requiring medical treatment in a hospital or could possibly lead to death.

On behalf of myself and/or my child and our heirs, successors and assigns, I knowingly and freely, assume all such COVID-19 related risks, both known and unknown, relating to my and/or my child's entry onto RAP property, participation in RAP programs, and utilization of RAP equipment and facilities as described above, and I hereby forever release, waive, relinquish, and discharge RAP, along with its officers, agents, employees, or other representatives, and their successors and assigns (collectively, the "**City Representatives**"), from any and all COVID-19 related claims, demands, liabilities, rights, damages, expenses, and causes of action of whatever kind or nature, and other losses of any kind, whether known or unknown, foreseen or unforeseen, (collectively, "**Damages**") as a result of me and/or my child entering onto RAP property, participating in RAP programs, and utilizing RAP equipment and facilities as described above, including but not limited to personal injuries, death, disease or property losses, or any other loss, and including but not limited to claims based on the alleged negligence of any City Representative or any other person related to COVID-19 sanitization. I further promise not to sue RAP or any City Representative, and agree to indemnify and hold them harmless from any and all Damages resulting from me and/or my child's contraction of COVID-19.

(Por favor tenga en cuenta que, con su participación, reconoce que es plenamente consciente de que existen una serie de riesgos asociados con su entrada y / o la de su menor acompañado a la propiedad del Departamento de Recreación y Parques (RAP) de la Ciudad de Los Ángeles, participando en programas de RAP, y utilizando equipos de RAP e instalaciones durante la pandemia de COVID-19. Esta renuncia, divulgación y otras representaciones y convenios establecidos en este documento se dan en consideración para que RAP le permita a usted y / o a su menor acompañado participar en los programas de RAP durante este período de emergencia.

Por lo tanto, sin limitación, usted reconoce y entiende que usted y / o su menor acompañado podrían contraer la enfermedad de COVID-19, la cual podría ocasionar una grave infección médica que requiera tratamiento médico en un hospital o posiblemente la muerte.

En nombre de usted y / o de su menor acompañado y sus herederos, sucesores y asignados, usted, consciente y libremente asume todos los riesgos relacionados con COVID-19, tanto conocidos como desconocidos, relacionados con su entrada y / o la de su menor acompañado en la propiedad de RAP, participación en programas de RAP y utilización de equipos e instalaciones de RAP como se describe anteriormente, y por la presente libera, renuncia y descarga para siempre RAP, junto con sus oficiales, agentes, empleados u otros representantes, y sus sucesores y asignados (colectivamente, los "**Representantes de la Ciudad**"), de cualquier reclamo relacionado con COVID-19, demandas, responsabilidades, derechos, daños, gastos y causas de acción de cualquier tipo o naturaleza, y otras pérdidas de cualquier tipo, ya sean conocidas o desconocidas, previsto o imprevisto (colectivamente, "**Daños**") como resultado de que usted y / o su menor acompañado ingresen a la propiedad de RAP, participen en programas de RAP y utilicen equipos e instalaciones de RAP como se describió anteriormente, incluyendo, entre otros, lesiones personales, muerte, enfermedad o pérdidas de propiedad, o cualquier otra pérdida, y incluye, en otros, reclamos basados en la presunta negligencia de cualquier Representante de la Ciudad o cualquier otra persona relacionada con la desinfección de COVID-19. Además, promete no demandar a RAP ni a ningún Representante de la Ciudad, y acepta indemnizarlos y eximirlos de cualquier daño que resulte en la contracción de COVID-19 de usted y / o su menor acompañado.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián):

AUTHORIZATION TO PARTICIPATE (LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR)

My child, a minor, has my permission to participate in all the activities. I understand that certain activities by nature have an increased risk of injury, including death, despite extensive measures taken by staff to provide a safe environment and ensure the safety of my child. I understand the nature of games and sports activities and I am aware of the minor's experience and capabilities and believe my child to be qualified, in good health and in proper physical and emotional condition to participate in such activities. I agree to relieve the City of Los Angeles, Department of Recreation & Parks, its officers and agents and employees from any injury to my child in connection with this program. I further understand that the City of Los Angeles Department of Recreation & Parks **CARRIES NO INSURANCE**. I give my consent to have the minor transported by chartered bus, City vehicle, Metro bus or by walking, as part of the program.

(Mi hijo, un menor, tiene mi permiso para participar en todas las actividades. Entiendo que ciertas actividades por naturaleza tienen un mayor riesgo de lesiones, incluida la muerte, a pesar de las amplias medidas adoptadas por el personal para proporcionar un entorno seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo la naturaleza de los juegos y actividades deportivas y soy consciente de la experiencia y capacidades del menor y creo que mi hijo está calificado, con buena salud y en condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en tales actividades. Estoy de acuerdo en liberar a la Ciudad de Los Ángeles, el Departamento de Recreación y Parques, sus oficiales y agentes y empleados de cualquier lesión a mi hijo en relación con este programa. Además, entiendo que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Angeles NO OFRECE SEGURO.) Doy mi consentimiento para que el menor sea transportado en autobús alquilado, vehículo de la ciudad, autobús de metro o caminando, como parte del programa.

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián):

CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR (AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE UN MENOR)

I, as the parent and /or legal guardian of the minor participating in this program, do hereby authorize the City of Los Angeles Department of Recreation & Parks to act as agents for the undersigned to consent for any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or specialized supervision of any physician licensed under the provisions of the Medicine Practice Act on the staff of the licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of the said physician or a said hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any such diagnose, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment, may deem advisable. This authorization shall remain effective through the conclusion of the event or program that the minor is participating in, unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

(Yo, como el padre/guardián del menor participando en este programa, autorizo a la Ciudad de Los Ángeles Departamento de Recreación y Parques que se comporten como agentes en dar autorización en examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o cirugía, tratamiento y hospitalización que es aprobado y vigilado por un Médico licenciado profesional que convive con las provisiones del Medicine Practica Acto en los empleados del hospital licenciado, cuando alguna acción sea requerida en la oficina del Médico o Hospital. Es entendido que esta autorización es dada anteriormente en precaver alguna situación que se requiera alguna acción y el Medico decide que acción sea admisible. Esta autorización será efectiva hasta la conclusión del programa de cual el menor estará participando en y será efectiva hasta que sea sometido en una carta escrita y entregada a el agente en cual el menor estará por el periodo del programa.)

Parent/Guardian Initials (Iniciales de Tutor/Guardián):

Participant Name (Nombre del Participante)

GENERAL POLICIES (POLIZAS Y REGLAS GENERALES)

- 1. PROOF OF AGE/ PRUEBA DE EDAD:**
Participants must be age appropriate by the first day they attend and may be required to show proof of age. (Los participantes deben ser de edad apropiada en el primer día que asistan y pueden ser obligados a presentar prueba de edad.)
- 2. PICK-UP/ RECOJIDA:**
Program participants must be picked up by 6:00pm or be charged for Extended Care. (Los participantes del programa deben ser recogidos a las 6:00pm o se le cobrar por la Atención Extendida.)
- 3. REGISTRATION / REGISTRACION:**
Registration is on a first come first serve basis as there are limited spaces available.
(El registro es en un primer llegado primer servido base, ya que solo hay un límite de espacios disponibles.)
- 4. REFUND POLICY/ REEMBOLSO POLIZA:**
No Refunds unless the program is cancelled. There are no credits or make-up days for missed days.
(No hay reembolsos a menos que el programa sea cancelado. No hay créditos ni días de maquillaje para los días perdidos.)
- 5. PHOTO RELEASE / PERMISO DE PHOTO:**
By registering, you authorize the City to make, procure or use photographs, films, tapes or other likenesses of Minor's physical image and/or voice as may be needed for use with Program's publicity materials. (DIVULGACIÓN DE FOTOS: Al registrarse, usted autoriza a la Ciudad a hacer, adquirir a utilizar fotografías, películas, Cintas u otras semejanzas de la imagen física y/o voz del Menor según sea necesario para su uso con los materiales de publicidad de Programa.)
- 6. LOST ITEMS/ COSAS PERDIDAS:**
The facility is NOT responsible for lost or stolen articles. No Electronics or valuables may be brought to program. (La instalación NO son responsables por artículos perdidos, robados o quebrados. No se pueden traer artículos electrónicos ni objetos de valor al programa.)
- 7. SAFETY / SEGURIDAD:**
I will instruct minor to abide by all safety regulations and to take reasonable precautions to minimize the risks of injury or damage arising from participation in the program. Instruiré al menor de edad para que cumpla con todas las normas de seguridad y tome las precauciones razonables para minimizar los riesgos de lesiones o daños que surjan de la participación en el programa.
- 8. RISK / RIESGO:**
I give my consent to have minor participate in all aspects of the program and I knowingly assume full responsibility for all risks of bodily injury, death or property damage which minor may sustain as a result. Doy mi consentimiento para que el menor participe en todos los aspectos del programa y, a sabiendas, asumo la responsabilidad total por todos los riesgos de lesiones corporales, muerte o daños a la propiedad que el menor pueda sufrir como resultado.
- 9. TRANSPORTATION / TRANSPORTACION:**
I give my consent to have the minor transported by chartered bus, City vehicle, Metro bus or by walking, as part of the program. Doy mi consentimiento para que el menor sea transportado en autobús alquilado, vehículo de la ciudad, autobús de Metro o caminando, como parte del programa. Rainy days, please send child with rainy day gear. Dias de lluvia mande su hijo (a) con ropa adecuada para lluvia.
- 10. PICK-UP AUTHORIZATIONS / AUTORIZACION DE RECOJO:**
I understand my child must be checked out with an authorized signature. All authorized signatures, including parents, must be note on the application. If someone not on the list will be picking up your child, the parent must inform the program Director or Coordinator in writing or add new authorized person on child registration form.
Entiendo que mi hijo debe salir con una firma autorizada. Todas las firmas autorizadas, incluidas las de los padres, deben anotarse en la solicitud. Si alguien que no está en la lista recogerá a su hijo, el padre debe informar al Director o Coordinador del programa por escrito o agregar una nueva persona autorizada en el formulario de registro del niño.
- 11. ADDITIONAL FEES AND RULES / COSTO ADICIONAL Y REGLAS:**
I understand of the following additional fees and rules:
Late Fee: \$10.00 (late payments) once month begins, No Call Fee: \$10.00 (each occurrence) must also call prior to 2:00pm, Late pick-up procedure: (323) 664-2468 (Please call to inform staff of late pick up), Absentee Rule: (323) 664-2468 (Please call to inform staff prior to pick up. Refunds: All approved refunds will be subject to a 20% Administrative fee. Any unpaid month, service will be interrupted, your child will not be picked up, until all payments are made in FULL. Entiendo las siguientes tarifas y reglas adicionales:
Cargo por pago atrasado: \$10.00 (pagos atrasados) una vez que comienza el mes, Cargo por no llamar: \$10.00 (cada evento) también debe llamar antes de las 2:00 p. m. Procedimiento de recogida tardía: (323) 664-2468 recoger), Regla de Ausencia: (323) 664-2468 (Llame para informar al personal antes de recogerlo. Reembolsos: Todos los reembolsos aprobados estarán sujetos a una tarifa administrativa del 20%. Cualquier mes sin pagar, el servicio se interrumpirá, su hijo no se recogerá hasta que todos los pagos se realicen en su TOTALIDAD.
- 12. DRESS CODE:**
For safety purposes, child must wear shoes with rubber-soles, must be worn daily, due to physical activities and also walking from school to the center. Código de vestimenta: Por razones de seguridad, el niño debe usar zapatos con suela de goma, debe usarse diariamente, debido a las actividades físicas y también para caminar de la escuela al centro.
- 13. CHECK-IN PROCEDURES / PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO:**
Your child will be picked up from school by staff. Staff will sign your child into the program. If your child is dropped off at the park, you will sign your child into the program. Procedimientos de registro: El personal recogerá a su hijo de la escuela. El personal inscribirá a su hijo en el programa. Si su hijo es dejado en el parque, lo inscribirá en el programa
- 14. CHILD MISSES VAN OR WALKING PICK UP TIME/ NINO (A) PIERDE LA HORA DE RECOGER:**
If child is later for school pick up and misses city van or walking group, parent or legal guardian will have to pick up the child from school. Si el niño llega tarde a la escuela y pierde la camioneta de la ciudad o el grupo de caminata, el padre o tutor legal tendrá que recoger al niño de la escuela.

15. PARK CITY HOLIDAYS / DIAS FESTIVOS DEL PARQUE:

Afterschool program services will be interrupted during City of Los Angeles Observed days. Parents and legal guardians will need to pick up the child from school, when LAUSD does not observe.
Los servicios del programa después de la escuela se interrumpirán durante los días observados por la ciudad de Los Ángeles. Los padres y tutores legales deberán recoger al niño de la escuela, cuando LAUSD no los observe.

16. REGISTRATION FORM CHANGES OR UPDATES / CAMBIOS EN LA REGISTRACION:

Parent or Legal Guardian that initiated the registration process for the child will be only allowed to make changes on the registration form. El padre o tutor legal que inició el proceso de registro del niño solo podrá realizar cambios en el formulario de registro.

17. CO-PARENTING / PADRES QUE COMPARTEN CUSTODIA:

Co-Parenting parents must provide any court agreements for any restrictions or sharing pick up days. The parent that initiated the registration for the child, will only be allowed to make changes. Los padres de crianza compartida deben proporcionar cualquier acuerdo judicial para cualquier restricción o compartir los días de recogida. El padre que inició el registro del niño solo podrá realizar cambios.

18. MEDICATION/ MEDICINA:

Staff are not authorized to administer any medication. If your child requires any medication a special form is required. Medications must be signed with and signed out from the office. All medication must have the child's name on the label along with clear instructions for use. Staff will not be responsible for directly administering medication to the child but will supervise the child while he/she takes their own medication. This policy is in effect for all medications including inhalers and other prescription medications, vitamins and all over the counter medications. Staff will keep all medications (including inhalers) in a locked cabinet, inaccessible to children. If your child has a minor mishap at the program, he or she will be given first aid. First aid consists of washing the injured area with soap and water and applying ice and a bandage as needed. An " Ouch Report" will be filled out describing injury for the parent or legal guardian's signature. Please sign the notice and return it to the office. El personal no está autorizado para administrar ningún medicamento. Si su hijo requiere alguna medicamento se requiere un formulario especial. Los medicamentos deben ser firmados con y firmados en la oficina. Todo el medicamento debe tener el nombre del niño en la etiqueta junto con instrucciones claras de uso. El personal no será responsable de administrar directamente el medicamento al niño, pero supervisará al niño mientras toma su propia medicación. Esta política está vigente para todos los medicamentos, incluidos los inhaladores y otros medicamentos recetados. medicamentos, vitaminas y todos los medicamentos de venta libre. El personal mantendrá todos los medicamentos (incluidos los inhaladores) en un armario cerrado, inaccesible para los niños. Si su hijo tiene un percance menor en el programa, se le brindarán primeros auxilios. Los primeros auxilios consisten en lavar la zona lesionada con agua y jabón y aplicar hielo y un vendaje según sea necesario. Se completará un "Informe de Ouch" que describe la lesión para la firma del padre o tutor legal. Por favor firme el aviso y devuélvalo a la oficina.

19. DISCIPLINE POLICY/ POLIZA DE DISCIPLINA:

Three rules, nobody gets hurt, we all play fairly and we all act politely. We do all we can to redirect a child from unproductive activity to something more appropriate, however, when this does not work and one the three rules is broken, staff will follow our disciplinary procedure.
A. Re-Direct Child B. Discipline Slip: Corrective Action Needed C. Discipline Slip: Conference with Parent D. Program Termination
Children will not be allowed to return to After-School for the following reasons: possession or use of drugs, alcohol, cigarettes,, weapons, fighting, use of foul language, hurting someone physically or stealing.
Tres reglas, nadie sale lastimado, todos jugamos limpio y todos actuamos educadamente. Hacemos todo lo posible para redirigir a un niño de una actividad improductiva a algo más apropiado, sin embargo, cuando esto no funciona y se rompe una de las tres reglas, el personal seguirá nuestro procedimiento disciplinario. A. Redirigir al niño B. Nota disciplinaria: Acción correctiva necesaria C. Nota disciplinaria: Conferencia con los padres D. Terminación del programa. No se permitirá que los niños regresen a After-School por las siguientes razones: posesión o uso de drogas, alcohol, cigarrillos, armas, peleas, uso de lenguaje obsceno, daño físico a alguien o robo.

20. REMINDERS/ RECORDATORIOS:

All items brought to the park must have the child's name written on them. Children must not bring toys, phones, I-pods, I-pads, videogames. Bike scooters, skateboards may not be ridden during afterschool. Buddy system is strictly enforced. Children must bring homework to do during homework time. If no homework, child will need to do educational activities. Children must respect staff and peers. Children must actively participate in all program activities.
Todos los artículos que se traigan al parque deben tener escrito el nombre del niño. Los niños no deben traer juguetes, teléfonos, I-pods, I-pads, videojuegos. No se pueden usar patinetas ni patinetas durante el programa. El sistema de amigos se aplica estrictamente. Los niños deben traer tarea para hacer durante el tiempo de tarea. Si no hay tarea, el niño tendrá que hacer actividades educativas. Los niños deben respetar al personal y a los compañeros. Los niños deben participar activamente en todas las actividades del programa.

I acknowledge that I have read and understand all of the policies as listed on this application. By my child's participation I agree to follow and abide by these rules.

(Yo reconozco que he leído y entendido todas las pólizas como se indica en esta solicitud. Por la participación de mi hijo/a, estoy de acuerdo de seguir y cumplir estas reglas.)

Print Name of Parent/Guardian (Nombre de Tutor/ Guardián): _____

Signature of Parent/Guardian (Firma de Tutor/Guardián): _____ **Date (Fecha):** _____