



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks

2025 Summer Camp. – Boys & Girls Ages 5-12 – Registration Form

(2025 Campo de Verano – Niños y Niñas de 5 a 12 Años - Formulario de Inscripción)



PARK PROUD LA

RECREATION CENTER: (Centro de Recreacion)		T-Shirt Size	
---	--	--------------	--

This is for the weeks of Summer Camp from **Monday, June 16 - Friday, August 8, 2025**

(We will be CLOSED on Thur 6/19 & Fri 7/4 due to Holidays)

Es para la semana del día de Acción de Gracias del **Lunes 16 de Junio - Viernes 8 de Agosto de 2025**

(Estaremos CERRADOS el jueves 19 de junio y el viernes 4 de julio debido a días festivos.)

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

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

Date of Birth: ____ / ____ / ____ Age: ____ Grade in Fall: ____ School: _____
 (Fecha de Nacimiento) (Edad) (Grado en el Otoño) (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: _____
(Proveedor de Aseguranza)

Policy #: _____
(Póliza #)

Physician Name: _____
(Nombre de Médico)

Phone: _____
(Teléfono)

Dentist Name: _____
(Nombre de Dentista)

Phone: _____
(Teléfono)

List any Allergies: _____
(Anote cualquier alergia)

Name all Medications: _____
(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)
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):

WEEK	\$ AMOUNT	RECEIPT #	DATE	STAFF INITIALS
Week #1 6/16-6/20 (No 6/19)				
Week #2 6/23-6/27				
Week #3 6/30 - 7/3 (No 7/4)				
Week #4 7/7 - 7/11				
Week #5 7/14 - 7/18				
Week #6 7/21 - 7/25				
Week #7 7/28 - 8/1				
Week #8 8/4 - 8/8				
Other				

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:				
<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) _____

GENERAL POLICIES (POLIZAS Y REGLAS GENERALES)

1. **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. **Program participants must be picked up by 6:00 pm or be charged for Extended Care.**
(Los participantes del programa deben ser recogidos a las 6:00 p.m. o se le cobrará por la Atención Extendida.)
 3. **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. **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. **Program participants that have one (1) unauthorized absence are subject to being dropped from the program and a new participant from the waiting list will take their place on the program roster.** (Los participantes del programa que tienen uno (1) ausencia no autorizadas están sujetos a ser retirados del programa y un Nuevo participante de la lista de espera ocupará su lugar en la lista del programa.)
 6. **DRESS CODE/FACE COVERINGS: Program shirts in good condition and with no alterations must be worn daily or one will be provided and you will be charged \$10. Closed-toed shoes with rubber soles must be worn daily. Face coverings maybe worn by all participants.** (INDUMENTARIA/CUBIERTAS FACIALES: Camisas de programa en buen estado y sin alteraciones deben ser usadas todos los días o se le proporcionará uno y se le cobrará \$10. Zapatos de pie cerrado con suelas de goma deben usarse diariamente. Todos los participantes pueden usar cubiertas faciales.)
 7. **PHOTO RELEASE: 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.)
- Parent / Guardian Initial (Inicial del padre/tutor)** _____
8. **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.)

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.**

(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 Angeles, 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.)

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 Angeles 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.)

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): _____ **Date** _____

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