



2024 Harvest Days Registration Form
(2024 Registracion Dias de Cosecha - Formulario De Inscripción)

RECREATION CENTER: EL SERENO RECREATION COMPLEX
(Centro de Recreacion)

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

First Name: Last Name: Gender: Male / Female / Other:
Date of Birth: Age: Grade in Fall: School:
Teacher: Teacher's Email Address:

GENERAL INFORMATION (Información General)

Parent/Guardian Name: Cell #: Legal Custody: Yes / No
Home Address: City: State: Zip:
Home Phone: Work Phone: Email:

EMERGENCY INFORMATION (Información de Emergencia)

Emergency Contact Name: Relation:
Phone: Cell Phone:
Name of Out-of-State Contact: Relation:
Phone: Cell Phone:

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.

Name: Relation: Phone:
Name: Relation: Phone:
Name: Relation: Phone:
Name: Relation: Phone:

Name of Person(s) specifically NOT Authorized:
(Nombre de la Persona Especificamente 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)
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) \_\_\_\_\_

**(STOP! FOR OFFICE USE ONLY) (PARA! SOLO PARA USO DE LA OFICINA)**

DAY	\$ AMOUNT	RECEIPT #	DATE	STAFF INITIALS
Day 1 (11/25/24)	\$30			
Day 2 (11/26/24)	\$30			
Day 3 (11/27/24)	\$30			

**Participant Name (Nombre del Participante):** \_\_\_\_\_

**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 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.)

**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):** \_\_\_\_\_

**Parent Name:** \_\_\_\_\_ **Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**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 \$1.00 per minute thereafter.** (Los participantes del programa deben ser recogidos a las 6:00 p.m. o se le cobrara \$1.00 por minute a partir de entonces.)
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. **DRESS CODE: Closed-toed shoes with rubber soles must be worn daily. Face masks are recommended.** (INDUMENTARIA: Zapatos de pie cerrado con suelas de goma deben usarse diariamente. Se recomienden mascarar faciales.)
6. **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.)
7. **The facility is NOT responsible for lost or stolen articles. No electronics or valuables can be brought to the program** (La instalación NO son responsables por artículos perdidos, robados o quebrados. No puede traer artículos electrónicos u objetos de valor al programa)
8. **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 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.)
9. **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, vehículo de la ciudad, autobús Metro o caminando, como parte del programa.)
10. **I give my consent to have my 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 sé que asumo toda la responsabilidad por todos los riesgos de lesiones corporales, muerte o daños a la propiedad que el menor pueda sufrir como resultado.)

**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):** \_\_\_\_\_