



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks



Ramona Hall Spring 2024 - Registration Form
Household # _____

RECREATION CENTER: (Centro de Recreacion) RAMONA HALL COMUNITY CENTER

PARTICIPANT INFORMATION (Información de Participante)

First Name: Last Name: Male Female Other
Date of Birth: Age: Grade in Fall: School:

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.

(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:
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))

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