

# Arlington Parks & Recreation Department

## Información de Participantes de Programa - Program Participant Information

*¡Bienvenido a nuestro programa – estamos felices de que participe!  
Por favor, complete la siguiente información.*

Programa \_\_\_\_\_

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono en la casa \_\_\_\_\_ Escuela a la que asiste el participante \_\_\_\_\_

Nombre del Papá o Guardián \_\_\_\_\_ Número del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de la Mamá o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia llamar a \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**Camiseta -Tallas** (marque uno) Niños/Adolescentes 6-8 10-12 14-16  
Adulto chico(S) Adulto mediano(M) Adulto grande(L) Adulto extra grande(XL)

**Permiso para recoger al niño/a:** (Permiso para que otra persona firme y deje/recoja a su hijo(s))

Yo, por éste medio expreso con mis iniciales que **DOY** mi permiso para que mi(s) niño(s) sea recojido por las siguientes personas:

Nombre	Relación con el Participante	# de la Licencia de Conducir

Yo, por medio expreso con mis iniciales que **NO DOY** permiso para que mi(s) niño(s) sea recojido por la siguiente persona:

Nombre	Relación con el Participante	# de la Licencia de Conducir

### Información Médica

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

¿Es su niño(a) alérgico a alguna medicina?  Sí  No

Si la respuesta es sí por favor escriba el nombre de las medicinas: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) algún problema o necesidades especiales?  Sí  No

Si su respuesta es sí, por favor incluya una nota describiendo la situación.

¿Necesita su niño que le den su medicina mientras atiende el centro recreativo o actividades del centro?  Sí  No

*Si su respuesta es sí, por favor complete la siguiente información*

Nombre de la medicina (tipo, dosis y hora cuándo la debe tomar)

---

### Permiso para el Suministro de Medicinas

Todas las medicinas deben estar en sus envases correspondientes y con la etiqueta que dé las instrucciones para administración de la dosis. Únicamente las dosis diarias de las medicinas pueden ser enviadas al centro. Nuestro personal no está autorizado a aceptar dosis mayores. Es responsabilidad de los padres de familia/guardián el informarnos, por escrito, si hay algún cambio en dosis, frecuencia de la misma o administración de la medicina.

Por éste medio, el abajo firmante, reconoce que las instrucciones en el envase farmacéutico son exactas, y está de acuerdo en permitir que personal de la Ciudad de Arlington asista, si es necesario, en la administración de la medicina y renuncia a cualquier reclamo en contra de la Ciudad de Arlington o de su personal.

---

Firma del Padre/Guardián

Fecha

### Permiso para Participación en Viajes:

Yo, por éste medio expreso con mis iniciales que doy permiso para que personal de la Ciudad de Arlington transporte a mi hijo \_\_\_\_\_ a paseos fuera de los centros recreativos.

### Permiso para Usar Fotografías:

Yo, por éste medio expreso con mis iniciales que entiendo que fotografías sacadas durante programas de Parques y Recreación pueden ser utilizadas por la Ciudad de Arlington Departamento de Parques y Recreación para la promoción de clases y acontecimientos.

## FORMULARIO DE AUTORIZACION Y RENUNCIA A PERJUICIO

### DE CONOCIMIENTO PARA TODOS LOS PRESENTES

Al firmar abajo como "RENUNCIANTE" y en consideración del privilegio de participación en cualquier actividad del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Arlington ("CIUDAD") o en consideración de alquilar o usar cualquier propiedad personal de la Ciudad, real, o cualquier otra propiedad, Yo por mi propia persona y por mi niño o niños, mis herederos, testamentarios, representantes, administradores y asignados, por éste medio libro de responsabilidades, indemnización, defensa y considero libre de perjuicio a la CIUDAD y a todos sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios, en ambas capacidades pública y privada, de y en contra cualquiera y todas obligaciones, reclamos, demandas, pérdidas, daños y causales de acción, incluyéndo todos los gastos de litigio y/o arreglo por muerte, herida a, o deuda de cualquier persona, o la pérdida de, daños a, o pérdida del uso de cualquier propiedad originada debido a, o en conexión con el alquiler arriba mencionado o actividades de la CIUDAD. Tal indemnización se usará ya sea que los reclamos, demandas, pérdidas, causales de acción o responsabilidad, se originen total o parcialmente como consecuencias de negligencia de la CIUDAD donde ésa negligencia es causa concurrida de herida, muerte o daño. Con tal que, la CIUDAD es responsable exclusivamente por su negligencia, no obstante, la CIUDAD no es responsable por una acción de buena fé o falta de acción para brindar asistencia en el evento de daño a la propiedad o perjuicio personal.

"RENUNCIANTE" entiende que ésta renuncia de responsabilidad e indemnización tiene la intención de ser tan general e inclusiva como sea posible y como lo permitan las leyes del Estado de Texas y si algunas partes son encontradas inválidas, entonces el balance continuará con completa fuerza y efecto legal. Se entiendo que la ejecución de ésta renuncia de responsabilidades e indemnización no constituye una renuncia de la CIUDAD de la defensa de inmunidad gubernamental o de ninguna otra defensa legal, donde sea aplicable. "RENUNCIANTE" firma éste documento de renuncia e indemnificación voluntariamente y con pleno conocimiento de lo que quiere decir y su significancia.

Menores de Edad: (nombre completo y fecha de nacimiento)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**El abajo firmante reconoce el haber leído y entendido toda la información contenida en éste documento, y el estar de acuerdo con todas las condiciones de liberación de perjuicio, permisos y renunciaciones contenidos en éste.**

---

Firma del Padre/Guardián

Fecha (mes, día, año)