



CIUDAD DE OAKLAND
AGENCIA PARA EL
ENRIQUECIMIENTO DE LA VIDA
OFICINA DE PARQUES Y
ACTIVIDADES RECREATIVAS
250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330
Oakland, CA 94612

Registro de Actividades

(Por favor, use letra de molde y sólo tinta negra o azul) Fecha de hoy _____

1. INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES

Nombre de la actividad	Número de la Actividad	Número alternativo de actividad	Monto de la cuota	Cuota de No residente /otras cuotas	Total Cuotas
Gran Total:					

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA Hombre Mujer

Niño Adolescente
 Adulto Persona mayor

Nombre _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección* _____
Calle App Ciudad Estado Código postal

Teléfonos _____ E-mail _____
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Origen étnico: Afro norteamericano Indígena norteamericano Asiático o de las Islas del Pacífico
 Hispano/Latino Raza blanca

3. PADRE DE FAMILIA/TUTOR PRINCIPAL (Para niños menores de 18 años de edad)

Nombre del padre, madre o tutor _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección* _____
Calle App Ciudad Estado Código postal

Teléfonos _____
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono Celular

Parentesco con el niño _____ E-mail _____

4. INFORMACIÓN MÉDICA (de la persona inscrita)

Médico _____ Teléfonos del consultorio/clínica _____
Médico Clínica Después de horas de atención

Compañía de seguro médico _____ Póliza # _____

Por favor, explique las necesidades médicas o especiales: Alergias Medicinas Restricciones físicas Restricciones alimenticias

* Marque aquí si este es un cambio de dirección

—Por favor, llene ambos lados—

Revisado: 12/23/05

ACCESIBILIDAD: La Oficina de Parques y Actividades Recreativas de Oakland (OPR) está completamente comprometida con el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act). Por favor, dirija sus comentarios y solicitud de información sobre el programa y los arreglos de accesibilidad al Coordinador de Recreación Inclusiva (Inclusive Recreation Coordinator) de OPR llamando al (510) 615-5755 o a smeans@oaklandnet.com. Las personas que utilizan TDD, favor de marcar (510) 615-5883. Por favor, describa a continuación las adaptaciones especiales que usted o su niño necesitan para poder participar:

5. OTRAS PERSONAS CON QUIEN COMUNICARSE EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre _____ Parentesco _____
Apellido Nombre

Teléfonos _____
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono Celular

6. PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS:

Por el presente documento autorizo a que mi hijo o hija sea recogido o se permita su salida diaria: _____
Nombre del(la) niño(a)

_____ El(la) niño(a) puede irse a casa caminando.

_____ El(la) niño(a) será recogido(a) sólo por sus padres.

_____ El(la) niño(a) puede ser recogido(a) por las siguientes personas y SOLO por esas personas:

Nombre _____ Parentesco _____

Nombre _____ Parentesco _____

7. RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Por el presente libero y dejo a salvo a la Ciudad de Oakland y a la Oficina de Parques y Actividades Recreativas, a sus directores, funcionarios, empleados, agentes y a toda personas que esté actuando en su nombre, de toda y cualquier causa de acción, responsabilidad, daño, pérdida y gastos, incluyendo los honorarios de abogado y costos legales, ya sean basados en causas de acción por responsabilidad estricta, negligencia mayor o de otro tipo, relacionada con mi participación o la de mi hijo(a) en cualquier actividad llevada a cabo por la Oficina de Parques y Actividades Recreativas, ya sea en sus instalaciones o en otro lugar. Este permiso lo otorgo contando con toda mi capacidad legal, a nombre de mi mismo y de mi cónyuge y todo otro guardián de la persona inscrita, y como representante legal y guardián de la persona inscrita.

8. AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO MEDICO

Por el presente otorgo mi consentimiento y autorizo al personal de la Ciudad de Oakland y de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas a que obtengan atención médica de emergencia para mi persona o para mi hijo(a) en relación a cualquier lesión que pueda resultar de mi/su participación en las actividades de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas o en sus instalaciones. Comprendo que la Ciudad de Oakland, la Oficina de Parques y Actividades Recreativas no ofrecen cobertura de seguro médico a los participantes de este programa.

Este formulario debe ser firmado por un adulto mayor de 18 años, ya sea la persona inscrita o por el padre, la madre o guardián legal.

Firma del inscrito o del padre, madre o tutor principal Fecha

REGLAS SOBRE REEMBOLSOS: Las cantidades de reembolso son establecidas por el Concejo de la Ciudad en el Programa General de Cuotas de la Ciudad de Oakland. La cantidad de su reembolso está determinada de acuerdo a qué tan tarde haya solicitado el reembolso y la inscripción a la actividad o alquiler de las instalaciones que usted haya pagado. Se le podrá cobrar un cargo administrativo por cancelaciones o transferencias. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el centro de actividades recreativas o el coordinador del programa.

TITULO VI CUMPLIMIENTO DE REGLAS CONTRA LA DISCRIMINACIÓN 43CFR 17.6(b): Los reglamentos Federal y del Ayuntamiento de Oakland prohíben estrictamente la discriminación en base a raza, color, origen nacional, edad, incapacidad física, sexo, orientación sexual, SIDA o ARC.

9. INFORMACIÓN DE PAGO: Cantidad adjunta \$ _____ Efectivo (sólo en persona)

Cheque: # _____ Haga su cheque a nombre de City of Oakland No. de licencia de conducir. _____

Por favor, tome en cuenta que todos los cheques devueltos quedarán sujetos a una Cuota por Servicio adicional de \$25 y a una Cuota Postal de \$4.42. De conformidad con la Sección 1719 del Código Civil de California, los daños que sean iguales a tres veces la cantidad del cheque (sujeto a una cantidad mínima de \$100 y a una cantidad máxima de \$1,500) serán aplicados si su cheque no puede cobrarse dentro de un plazo de 30 días.

de Tarjeta Mastercard/Visa _____ - _____ - _____ Fecha de vencimiento: _____
(Encierre en un círculo una respuesta)

Nombre tal como aparece en la tarjeta: _____
 Firma del tarjetahabiente: _____

*Por favor entregue este formulario junto con el pago a su Centro de Actividades Recreativas local o envíelo por correo a:
 Activity Registration, Office of Parks & Recreation, 250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330, Oakland, CA 94612*