

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

Nombre _____ Parentesco _____
Nombre Apellido
Teléfonos _____
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono Celular

6. PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS:

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

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

_____ 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 _____ Teléfono _____ Parentesco _____
Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

7. RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Por el presente libero y dejo a salvo a la Ciudad de Oakland, a sus directores, funcionarios, empleados, agentes, voluntarios y a todas las otras personas que estén 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 de la Ciudad de Oakland, ya sea en sus instalaciones o en otro lugar. Convengo en permitir que la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la Ciudad de Oakland utilice mi nombre e imagen o de mi hijo(a) sin cargo alguno y en cualquier forma para cualquier propósito legal incluyendo en sus publicaciones y sitio web y/u otras publicaciones con el fin de documentar y promover el uso de los servicios y programas de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la Ciudad de Oakland. Este permiso lo otorgo contando con toda mi capacidad legal, a nombre de mí mismo y de mi cónyuge y todo otro padre o madre o tutor de la persona inscrita, y como representante legal y tutor de la persona inscrita.

8. AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR TRATAMIENTO MÉDICO

Por la presente otorgo mi consentimiento y autorizo al personal de la Oficina de Parques y Actividades de la Ciudad de Oakland a que obtengan atención médica de emergencia para mi persona o para mi hijo(a) en relación a cualquier lesión que pueda resultar de la participación en las actividades de la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la Ciudad de Oakland en sus instalaciones o cerca de ellas. Comprendo que la Oficina de Parques y Actividades Recreativas de la Ciudad de Oakland no ofrece 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 el tutor legal.

X _____
Firma de la persona inscrita o del padre, madre o tutor 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. Por favor póngase en contacto con el centro de actividades recreativas o coordinador del programa si tiene alguna pregunta.

SOLICITUDES RELACIONADAS CON LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES: Por favor solicite los arreglos de accesibilidad necesarios al menos 10 días antes del programa o evento. Por favor, dirija todas sus solicitudes de información sobre el programa y los arreglos de accesibilidad al Coordinador de Recreación Inclusiva (Inclusive Recreation Coordinator) de OPR llamando al (510) 615-5980 o enviando un email a smeans@oaklandnet.com. Personas que usen los servicios de VRS (servicios de videointerpretación), favor de llamar al (510) 615-5883.

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 tarjeta habiente: _____

Por favor entregue este formulario junto con el pago a su Centro de Actividades Recreativas local o envíelo por correo a:

**Activity Registration, Oakland Parks & Recreation, 250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330, Oakland, CA 94612
OPR201306a SP**