CIUDAD DE OAKLAND
Oficina de Parques, Actividades Recreativas y de Desarrollo de la Juventud (Parks, Recreation & Youth Development)
250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330
Oakland, CA 94612
(510) 238-7275
www.oaklandnet.com/parks

CITY OF OAKLAND
PARKS, RECREATION & YOUTH DEVELOPMENT

Formulario de inscripción a actividades

(Por favor escriba en imprenta con tinta negra o azul únicamente)

1. INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Fecha de hoy_____

Nombre de la actividad/identificación del curso	Ubicación de la actividad	Fecha de la actividad	Fecha de la actividad alternativa	Cantidad de la tarifa
Las preguntas sobre becas directas y asistencia financiera deben realizarse al director del sitio de recreación.			**Gran Total:**	0

2. INFORMACIÓN DEL INSCRITO

Mujer **Hombre** **No binario** **Niño** **Adolescente** **Adulto** **Persona mayor**

Nombre _____
Primero Segundo Apellido

Dirección _____
Calle Depto. Ciudad Estado Código postal

Teléfonos _____ Email_____
Teléfono del hogar Teléfono del trabajo Teléfono celular

Edad ____ Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Raza/etnia: ☐ Afroamericano/negro ☐ Nativo americano indígena/de Alaska ☐ Asiático/asiático americano ☐ Hispano/latino ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial

3. PADRE/MADRE/TUTOR (para niños menores de 18 años) **Mujer** **Hombre** **No binario**

Nombre del Padre/Madre o Tutor_____
Primero Segundo Apellido

Dirección _____
Calle Depto. Ciudad Estado Código postal

Teléfonos _____ Email_____
Teléfono del hogar Teléfono del trabajo Teléfono celular

Fecha de nacimiento _____ Relación con el niño _____
(*necesario para la creación de la cuenta*)

Raza/etnia: ☐ Afroamericano/negro ☐ Nativo americano indígena/de Alaska ☐ Asiático/asiático americano ☐ Hispano/latino ☐ Nativo de Hawái/islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial

4. INFORMACIÓN MÉDICA (para el inscrito)

Médico _____Tel. de la clínica o consultorio _____
Médico Clínica Fuera del horario laboral

Compañía de seguro médico _____ # de póliza _____

Por favor, explique cualquier necesidad médica o especial:
☐ Alergias ☐ Medicamentos ☐ Limitaciones físicas ☐ Restricciones alimenticias

_____

_____

5. CONTACTO PARA EMERGENCIAS (otra persona además del padre o madre)

Nombre _____ Relación o parentesco _____
Primer nombre Apellido

Teléfonos _____ Email_____
Teléfono del hogar Teléfono del trabajo Teléfono celular

6. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Por medio de la presente, libero de responsabilidad y mantengo indemne a la Ciudad de Oakland, sus directivos, funcionarios, empleados, agentes, voluntarios y demás personas que actúen en su nombre, de cualquier circunstancia de acción legal, responsabilidad, daño, pérdida y gasto, incluyendo honorarios profesionales de abogados y costos de tribunales, derivados o no de causas de acción legal por responsabilidad estricta, negligencia, total o de cualquier tipo, en conexión con mi participación o la de mi hijo en cualquier actividad llevada a cabo por la Oficina de Parques, Actividades Recreativas y de Desarrollo de la Juventud de Oakland, en sus instalaciones o en otros lugares. Estoy de acuerdo con que la Ciudad de Oakland utilice mi nombre e imagen o los de mi hijo sin costo y en cualquier forma para propósitos legales, incluyendo en sus publicaciones y su página web y/u otras publicaciones para el propósito de documentar y promover los servicios y programas de la ciudad de Oakland. Esta renuncia se hace dentro de todas mis capacidades legales, incluyendo en nombre propio y en nombre de mi cónyuge y cualquier otro padre o tutor del inscrito, y como representante legal y tutor del inscrito.

7. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRATAMIENTO MÉDICO Por medio de la presente, doy mi consentimiento y autorizo al personal de la Oficina de Parques, Actividades Recreativas y de Desarrollo de la Juventud de la Ciudad de Oakland a facilitar atención médica de emergencia para mí o mi hijo para cualquier lesión que pudiera ocurrir a partir de la participación en las actividades de la Oficina de Parques, Actividades Recreativas y de Desarrollo de la Juventud de Oakland en sus instalaciones o cerca de ellas. Comprendo que la Oficina de Parques, Actividades Recreativas y de Desarrollo de la Juventud de Oakland no proporciona cobertura de seguro médico para los participantes de este programa.

Este formulario deber ser firmado por un adulto (mayor de 18 años), bien sea el inscrito o su padre, madre o tutor legal.

X_____
Firma del inscrito o padre/madre/tutor Fecha

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Los montos de los reembolsos son establecidos por el consejo municipal en la tabla maestra de tarifas de la Ciudad de Oakland. La cantidad de su reembolso se determina en función del momento en que solicitó el reembolso y de la cantidad que pagó por la inscripción a la actividad o el alquiler de las instalaciones. Se puede cobrar una tarifa administrativa por cancelaciones o transferencias. Si tiene alguna pregunta, consulte al centro de actividades recreativas o al coordinador del programa.

SOLICITUDES DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES: Por favor, haga sus solicitudes de adaptación por lo menos 10 días antes de un programa. Dirija toda pregunta sobre el programa o adaptación por discapacidad al Coordinador de Actividades Recreativas Inclusivas de OPRYD al (510) 597-5064 o a bposada@oaklandca.gov. Las personas que usan el Sistema VRS deben llamar al 711.

CUMPLIMIENTO DEL TÍTULO VI CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DEL 43CFR 17.6(b): Los reglamentos federales, estatales y de la Ciudad de Oakland prohíben estrictamente la discriminación con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, género, orientación sexual, SIDA o Complejo Relacionado con el SIDA (AIDS-Related Complex, ARC). Cualquier persona que crea que haya sido discriminada en cualquier programa, actividad o instalación operada por la Oficina de Parques, Actividades Recreativas y de Desarrollo de la Juventud de Oakland debe escribir a la siguiente dirección: Director, Oakland Parks and Recreation, 250 Frank H. Ogawa Plaza, Ste. 3330, Oakland, CA 94612 o llamar al (510) 238-7275.

Presente este formulario junto con el pago en el Centro de Actividades Recreativas local o envíelo por correo a: Activity Registration, Oakland Parks, Recreation & Youth Development, 250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330, Oakland, CA 94612

8. INFORMACIÓN SOBRE PAGOS: Cantidad adjunta $ _____

☐ **Cheque: # _____ Los cheques deben hacerse a nombre de City of Oakland**

Efectivo (solo en persona) Tarjeta Mastercard / Visa: se aceptan por Internet, en persona o por teléfono.

Tenga en cuenta que a todos los cheques devueltos se les aplicará una tarifa de servicio adicional de $25 y una tarifa postal de $4.42. En conformidad con la Sección 1719 del Código Civil de California, se evaluará la aplicación de una compensación por daños y perjuicios equivalente al triple del monto del cheque (con un mínimo de $100 y un máximo de $1,500) si el cheque no puede cobrarse en efectivo dentro de los 30 días.

Presente este formulario junto con el pago en el Centro de Actividades Recreativas local o envíelo por correo a:
Activity Registration, Oakland Parks, Recreation & Youth Development,
250 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 3330, Oakland, CA 94612