

**DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACION DE FARMERS BRANCH  
FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA LOS PROGRAMAS JUVENILES**

¿Es Usted residente de Farmers Branch que solicita Ayuda Financiera?  Si  No

POR FAVOR LLENE TODAS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA CALIFICAR AL (LOS) PROGRAMA(S)

Fecha de Registro: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño/de la Niña: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Grado en curso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Representante: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección de la Madre/Representante: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Madre/ Representante: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo de la Madre/ Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico de la Madre/ Representante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/ Representante: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección del Padre/ Representante: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre/ Representante: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo del Padre/ Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Padre/ Representante \_\_\_\_\_

---

Además de los Padres/ Representantes mencionados anteriormente, los siguientes contactos también están autorizados a recoger a mi hijo/a en las actividades del programa y ser contactadas en caso de emergencia, en caso de no estar disponibles:

**CONTACTOS DE EMERGENCIA/AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NIÑO/A:**

Nombre: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # Licencia: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_

---

**ASISTENCIA E INFORMACION DE TRANSPORTE:**

Mi hijo/a asistirá al programa, los siguientes días y horas: (por favor marque todos los que apliquen):

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes

Horario regular del programa: (7:30 am – 6: 00 pm)

Horas flexibles Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cómo se transportará su hijo a su casa? (por favor marque cualquiera que aplique al caso)

Caminando  En Bicicleta  Padre/ Representante  Viaje compartido  Otro

Si existe otra forma, por favor explique: \_\_\_\_\_

---

**-PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE-**

Residencia verificada Origen \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Documentos suministrados: Origen \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACION DE FARMERS BRANCH  
FORMULARIO MEDICO Y DE AUTORIZACION PARA PROGRAMAS JUVENILES**

Yo, \_\_\_\_\_, como padre y/o representante legal, absuelvo a la Ciudad de Farmers Branch, a su personal y sus voluntarios de toda responsabilidad en caso de accidente o lesión de mi hijo/a o custodiado:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado que cursa: \_\_\_\_\_

Además, en caso de accidente, lesión o enfermedad repentina, autorizo cualquier cuidado de emergencia o de primeros auxilios que puedan ser necesarios para mi hijo/a o custodiado mientras él/ella esté inscrito en cualquier programa juvenil de Farmers Branch. También autorizo a que mi hijo/a sea transportado a alguna instalación medica local. Si yo no fuese localizado/a en una EMERGENCIA, por medio del presente, otorgo el permiso al médico seleccionado por el personal de la ciudad a hospitalizar, asegurar el tratamiento apropiado, solicitar inyecciones, anestesia, o cirugía para mi hijo/a o custodiado nombrado anteriormente. Comprendo que soy responsable financieramente por los gastos médicos incurridos o de transporte a nombre de mi hijo/a o custodiado. Al ejecutar este documento, asumo por medio del mismo, en nombre de mi hijo/a o custodiado, todos los riesgos de lesión o perdida a los que el/ella pueda estar sometido/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACION MEDICA**

En el caso de cualquier EMERGENCIA, los individuos serán llevados directamente al hospital más cercano.

Si se aplica al caso, Nombre y dirección del Médico Familiar tratante: \_\_\_\_\_

Registro de Vacunas/Registro Medico en los expedientes escolares: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Fecha  
\_\_\_\_\_ No (Copia adjunta)

Por favor haga una lista de las alergias relacionadas o condiciones de su hijo/a:

|                     |          |              |                |
|---------------------|----------|--------------|----------------|
| CONDICIONES FISICAS | ALERGIAS | ENFERMEDADES | COMPORTAMIENTO |
|---------------------|----------|--------------|----------------|

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|

Por favor explique cualquier necesidad especial o problemas que pueda tener su hijo/a:

Un Formulario Médico a parte debe ser llenado para cualquier medicamento a ser administrado a su hijo/a.

**AUTORIZACIONES**

*(Por favor escribe sus iniciales en todos los espacios que apliquen y firme en la parte de abajo)*

\_\_\_ Comprendo que los Programas Juveniles son para niños de 6 a 12 años. Si mi hijo/a se hace inelegible para ningún programa juvenil, entiendo que mi hijo/a será removido/a del programa.

\_\_\_ Comprendo que los criterios de los programas Juveniles del Departamento de Recreación y Parques de Farmers Branch y la Guía para Padres están disponibles a mi solicitud incluyendo en línea: [www.farmersbranchtx.gov](http://www.farmersbranchtx.gov).

\_\_\_ Reconozco que soy responsable de entender las reglas, normas y políticas del Programa Juvenil, para el cual estoy aplicando, y estoy de acuerdo en seguirlas como se describen en la información disponible para mí.

\_\_\_ Comprendo que el personal de la Ciudad asumirá la responsabilidad de encargarse de mi hijo/a solo cuando él/ella se haya presentado ante un miembro del personal autorizado del programa.

\_\_\_ Autorizo al personal de la Ciudad o a la compañía de transporte designada a transportar a mi hijo/a en las actividades del programa y paseos.

\_\_\_ Comprendo que Summer Funshine no provee espacio refrigerado para almuerzos y meriendas.

\_\_\_ Reconozco que mi hijo/a descrito aquí tiene permiso para realizar todas las actividades del programa, a excepción de lo notificado por mí y/o recomendado por el médico.

\_\_\_ Autorizo la participación de mi hijo/a en las actividades acuáticas adecuadas.

\_\_\_ Estoy de acuerdo en suministrar el almuerzo de todos los días a mi hijo/a, a menos que se informe lo contrario. Comprendo que se me puede cobrar una tarifa si fallo en proveer el almuerzo a mi hijo/a.

\_\_\_ Comprendo y estoy de acuerdo que el personal de la Ciudad de Farmers Branch no lee/interpreta o aprueban documentos de corte, ni tampoco suministran ese servicio. Los padres y/o representantes deben resolver todos estos asuntos antes de inscribir a su hijo/a, que puedan dificultar o limitar la habilidad de seguir instrucciones generales del programa.

\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea fotografiado/a o grabado/a en video para uso de los medios oficiales de la ciudad y para usos de mercadeo, y/o noticioso-reporteril de los eventos, actividades y servicios de la ciudad.

Mi firma a continuación constituye la autorización para los temas anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACION DE FARMERS BRANCH**  
**RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD DE LOS PROGRAMAS JUVENILES**

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del niño /de la niña: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado que ingresa: \_\_\_\_\_

Comprendo que las actividades del Departamento de Parques y Recreación de Farmers Branch de los Programas para Jóvenes (el "Departamento") incluirán actividades físicas y ejercicios con la posibilidad de contacto físico y de lesiones corporales contra mi hijo/a o representado/a (mencionado anteriormente), y que el Departamento, su personal, y la Ciudad de Farmers Branch (la "Ciudad"), no son responsables de liberar de riesgos de lesión, pérdida o daño a la persona o a la propiedad personal, y por medio de este comunicado, asumo todos los riesgos mencionados por mi hijo/a.

En consideración al uso y disponibilidad de servicios e instalaciones del lugar del programa por mi hijo/a mencionado/a anteriormente; yo, por medio de este, libero e indemnizo a la Ciudad, el Centro de Recreación, al Departamento, al Programa, y a sus supervisores respectivos, directores de programas, coordinadores, líderes, agentes, instructores y otros empleados de toda responsabilidad y reclamos que surjan de cualquier accidente o lesión sufrida o incurrida por mi hijo/a o representado/a nombrado/a anteriormente en el lugar del programa, o mientras esté participando en cualquier actividad patrocinada, organizada o supervisada por el Programa excepto por actos de negligencia de los supervisores, responsables, directores, coordinadores, líderes, agentes, instructores u otros empleados mencionados.

\_\_\_\_\_  
Forma del Padre/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha