

INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA CAPS

PROGRAMA COMUNITARIO EXTRACURRICULAR (CAPS)

parks.raleighnc.gov



INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Un formulario por participante – Saque copias según necesite) **campo requerido*

Apellido _____ Primer nombre _____ Nombre que prefiere _____ Género _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
*Teléfono de casa _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Nombre de la escuela _____ Grado _____ Núm. Período/Track (calendario continuo) _____

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE, TUTOR **campo requerido*

*Apellido de la Madre/Tutor _____ *Primer nombre _____ *Dirección electrónica _____
*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____
*Teléfono de casa _____ *Teléfono del trabajo _____ *Teléfono celular _____
*Apellido del Padre/Tutor _____ *Primer nombre _____ *Dirección electrónica _____
*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____
*Tel. particular _____ *Teléfono del trabajo _____ *Teléfono celular _____
*Autorizo que mi hijo camine a casa desde programa a las _____ p.m. *Iniciales del Padre/Tutor _____

CONTACTO EN EMERGENCIAS Y AUTORIZACIÓN PARA SALIR **campo requerido*

Por favor, escriba los nombres de las personas, distinta a los padres/tutores del participante, que están autorizados para ser contactados en caso de una emergencia y tengan permiso para recoger al participante. Las personas autorizadas deben tener 16 años o mayores y deberán presentar una identificación con fotografía. Escriba los nombres en letra de molde.

*Nombre _____ Relación con el niño _____
*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____
*Teléfono de casa _____ *Teléfono del trabajo _____ *Teléfono celular _____

Por favor, marque esta casilla si autoriza al personal a revelar información sobre la conducta del participante y otras actividades del programa CAPS.

*Nombre _____ Relación con el niño _____
*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____
*Teléfono de casa _____ *Teléfono del trabajo _____ *Teléfono celular _____

Por favor, marque esta casilla si autoriza al personal a revelar información sobre la conducta del participante y otras actividades del programa CAPS.

*Nombre _____ Relación con el niño _____
*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____
*Teléfono de casa _____ *Teléfono del trabajo _____ *Teléfono celular _____

Por favor, marque esta casilla si autoriza al personal a revelar información sobre la conducta del participante y otras actividades del programa CAPS.

*Nombre _____ Relación con el niño _____
*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____
*Teléfono de casa _____ *Teléfono del trabajo _____ *Teléfono celular _____

Por favor, marque esta casilla si autoriza al personal a revelar información sobre la conducta del participante y otras actividades del programa CAPS.

INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA CAPS

PROGRAMA COMUNITARIO EXTRACURRICULAR (CAPS)

parks.raleighnc.gov



Políticas de la Ciudad de Raleigh

POLÍTICA DE REEMBOLSO

- Cuando una actividad es cancelada por Raleigh Parks, los pagos se devuelven en un 100%.
- Cualquier participante que desee cancelar su participación en una liga o actividad debe hacerlo por lo menos 14 días antes del comienzo programado de la liga o actividad. Los reembolsos deben ser solicitados en línea a través de ReLink, por correo electrónico a relinksupport@raleighnc.gov, o presentados por escrito a la Oficina Comercial de Recreación, 2401 Wade Avenue, Raleigh, NC 27607 o por correo electrónico a camp.registration@raleighnc.gov.
- Los pedidos de retiro y cancelación después del período de notificación de 14 días serán aprobados, pero no se otorgará un crédito de reembolso; con la excepción de casos aprobados médicos o de dificultad. Los casos médicos y de dificultad son considerados individualmente y podrían requerir documentación adicional.
- La falta de asistencia o participación en una actividad no otorga un crédito o reembolso al participante.
- Si desea dejar su crédito en su cuenta, el crédito tendrá un (1) año de validez. Al dejar el crédito en su cuenta, el participante también acuerda que los créditos que permanezcan inactivos después de un (1) año serán donados al Fondo de Becas de Raleigh, sin notificación adicional.

POLÍTICA SOBRE FOTOGRAFÍAS/MEDIOS

Reconozco y acuerdo que la Ciudad de Raleigh podrá sacar fotografías y videos a individuos o grupos que participan en programas y eventos y podrían usar las fotografías y/o videos míos o de mi niño para publicitar el programa y para otros propósitos relacionados con la Municipalidad.

LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y ACUERDO DE NO DEMANDAR A LA CIUDAD DE RALEIGH

Entiendo que participar en el programa recreacional seleccionado supone riesgos de lesiones o enfermedad. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan, a mal tiempo, accidentes durante viajes, enfermedades relacionadas con las comidas, problemas o fallas de equipos, contactos con y conductas de otros participantes, espectadores y voluntarios, caídas/resbalos/tropezos y lesiones musculoesqueléticas, entre otros. Elijo participar o que participe mi niño en los programas seleccionados a pesar de los riesgos.

Al seleccionar "de acuerdo", reconozco que todos los riesgos de lesiones, enfermedad, muerte y daños a la propiedad y afirmo que he asumido toda la responsabilidad por lesiones, enfermedad o muerte relacionada de cualquier manera con la participación en el programa. También acuerdo en mi nombre y de cualquier niño participante cumplir todas las normas y procedimientos del programa y cumplir todas las instrucciones razonables de los instructores y supervisores del programa.

A cambio de la oportunidad de participar en este programa, estoy de acuerdo en mi nombre y de mis herederos, asignatarios, albaceas y administradores liberar y renunciar a cualquier derecho legal que pudiera tener de solicitar pagos o compensación de cualquier tipo de la Municipalidad, sus empleados o sus agentes por la lesión, enfermedad o muerte que resulte de este programa. Si estoy inscribiendo a un niño en el programa, acuerdo que soy el padre, tutor legal o que soy responsable de alguna otra manera por el niño cuya solicitud presento y que libero y renuncio a cualquier derecho legal que pudiera presentar en nombre del niño que participa en el programa. También acuerdo en no entablar una demanda contra la Municipalidad, sus empleados, o sus agentes y acuerdo indemnizar a la Municipalidad contra todas las reclamaciones, los daños, las pérdidas o los gastos, incluyendo los honorarios judiciales, si se presenta un juicio relacionado con cualquier lesión, enfermedad o muerte mía o de mi niño que resulte de la participación en el programa.

Al firmar abajo, comprendo que:

- La Ciudad de Raleigh no ofrece cobertura de seguro a los participantes;
- Comprendo que estoy cediendo mis derechos legales;
- En caso de una emergencia médica, se hará todo esfuerzo por contactar al padre, madre o tutor. Autorizo al personal de City of Raleigh a que solicite atención médica apropiada en caso de que no se logre contactar al padre, madre o tutor.
- He seleccionado un programa apropiado al interés y aptitudes del participante; y que la información que he proporcionado es actual y precisa.

Para completar el proceso de inscripción, se requiere de su firma. Cualquier persona que figure como padre o tutor en el formulario de registro puede agregar o eliminar el nombre de una persona autorizada para recoger a un participante. El personal comunicará información sobre un participante solamente a la persona o personas que figuren en la lista.

Nombre del padre, madre o tutor _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre del padre, madre o tutor _____ Firma _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Un formulario por participante - saque copias según necesite)

Nombre del participante (en letra de molde) _____

El Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales de la Ciudad de Raleigh da la bienvenida a la participación de toda persona, incluyendo aquellas con discapacidades o necesidades especiales. Tenemos el compromiso de cumplir con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans With Disabilities Act - "ADA") y ofreceremos adaptaciones razonables para facilitar la participación en nuestros programas. **Para asegurarnos que estén establecidas tales adaptaciones razonables, se debe recibir la inscripción al programa o la solicitud de adaptación por lo menos dos semanas antes a la fecha de inicio del programa.** Para obtener más información, llame al Servicio de Inclusión al 919-996-2147.

La Ciudad de Raleigh recomienda que los padres o tutores consulten al pediatra o al profesional de atención de salud del participante a fin de que evalúe la aptitud del menor para participar en el programa. Se requiere que los padres o tutores entreguen por escrito cualquier otra instrucción adicional relacionada con el estado específico o requerimiento especial del participante.

Deseo que el Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales esté enterado sobre el siguiente estado médico de mi hijo/a:

¿Está solicitando adaptaciones razonables según la ley ADA? Sí No

De ser así, el personal de Servicio de inclusión hará el seguimiento de su solicitud o bien, usted puede comunicarse a dicho servicio directamente al 919-996-2147.

Deseo que el Departamento de Parques, Recreación y Recursos Culturales esté enterado sobre la(s) siguiente(s) discapacidad(es) de mi hijo/a:

Si el participante presenta alergias que podrían conllevar a un estado de anafilaxia (por ejemplo: alergia a frutos de nogal o alergia a las abejas), tome nota que recomendamos enfáticamente que le proporcione al participante una Epi-Pen que pueda ser conservada en las instalaciones del programa.

¿Se ha recetado el uso de EpiPen para cualquiera de las alergias mencionadas anteriormente? Sí No

¿Está proporcionando el medicamento EpiPen para su uso en las instalaciones? Sí No

Marque la casilla para verificar que no proporcionará al participante el medicamento EpiPen para la alergia mencionada arriba, que usted comprende el riesgo de no hacerlo y que exonera a la Ciudad de Raleigh de toda responsabilidad relacionada con el tratamiento de su hijo/a en caso de una reacción alérgica que represente una amenaza para la vida.

En caso de que se presente una reacción alérgica que represente una amenaza para la vida, el personal del programa llamará de inmediato al 911. En nuestras instalaciones no contamos con el medicamento EpiPen.

¿Hay algún medicamento que deba tomarse durante el horario del programa? Sí No

En caso afirmativo, se requieren formularios adicionales.