



INVIERNO/PRIMAVERA 2023 FORMA DE INSCRIPCIÓN

ENVÍE A: 2915 Maple Street, Franklin Park, IL 60131 O POR FAX: (847)455-2157 -- **INVIERNO - LA REGISTRACIÓN FIRMADA DEBE RECIBIRSE ANTES DEL 20 DE ENERO**
PRIMAVERA - LA REGISTRACIÓN FIRMADA DEBE RECIBIRSE ANTES DEL 10 DE MARZO

NOMBRE DE PARTICIPANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE: _____ GÉNERO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TEL DE CASA: _____ DISTRITO DE PARQUE/MUNICIPALIDAD: _____

PADRE/GUARDA LEGAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

PADRE/GUARDA LEGAL TEL DEL TRABAJO: _____ PADRE/GUARDA LEGAL TEL CEL: _____

¿A QUIEN DEBEMOS LLAMAR SI EL PADRE/TUTOR NO ESTA DISPONIBLE? NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

ESCUELA ACTUAL/TRABAJO/OTRO: _____ NOMBRE DEL MAESTRO/SUPERVISOR: _____

DISCAPACIDAD DEL PARTICIPANTE: _____

¿USA EL PARTICIPANTE SILLA DE RUEDAS/ANDADOR? ESPECIFIQUE: _____ ¿PUEDE EL PARTICIPANTE TRASFERIRSE? SÍ NO

¿ES EL PARTICIPANTE SUJETO A ATAQUES? SÍ NO POR FAVOR ADJUNTE SU PLAN DE TRATAMIENTO PARA ATAQUES

¿SE TOMA EL MEDICAMENTO DURANTE EL PROGRAMA? SÍ NO LISTE LOS MEDICAMENTOS: _____

LISTE CUALQUIER ALERGIAS: _____

¿TIENE EL PARTICIPANTE UNA ENFERMEDAD COMUNICABLE? SÍ NO SÍ LA TIENE, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE PROGRAMA	FECHA	DIA	HORA	COSTO	TRANS	TOTAL PARCIAL DE PROGRAMA Y TRANS

TOTAL DEBIDO:	\$ _____
CANTIDAD PAGADA:	\$ _____
NUEVO BALANCE:	\$ _____

OPCIÓN DE PAGO ... MARQUE UNO ... EL PAGO SE DEBE CUANDO SE REGISTRE, SI NO PUEDE PAGAR TODO EL BALANCE, DEBE PAGAR EL 50% DE SU BALANCÉ.

- PAGO TOTAL ADJUNTO PAGO TOTAL A SEGUIR (SÍ MANDO POR FAX) DEPOSITO (50% DE SU BALANCÉ)
- SOLICITAR BECA (DEBE PAGAR EL 50% DE SU BALANCÉ) PLAN DE PAGO ARREGLADO CON ANNIE HART
- TARJETA DE CRÉDITO VISA MASTER CARD

NUMERO DE TARJETA: _____ FECHA DE CADUCIDAD: _____ / _____

V CODE: _____ (3 NÚMEROS EN LA PARTE POSTERIOR DE LA TARJETA)

CANTIDAD A CARGAR A LA TARJETA DE CREDITO:
\$ _____

HE LEÍDO LA EXENCION DE TODAS LAS RECLAMACIONES Y ACUERDO DE MANTENER INDEMNEM Y A MENOS QUE YO NO HAYA COMPROBADO BAJO LAS TRES AUTORIZACIONES, LOS APRUEBO.

 _____ PADRE/PARTICIPANTE/TUTOR FIRMA	 _____ FECHA
--	---------------------------



EXENCION DE TODAS LAS RECLAMACIONES Y ACUERDO DE MANTENER INDEMNEN

Lea por favor esta forma con cuidado y esté enterado que en si firma y participa en el programa de la Asociación West Suburban de Recreación Especial, usted estará liberando y renunciando de todo reclamo de por heridas que surgieran de estos programas que usted o el participante denominado quizás sostenga. Los términos "yo", "mi" y "mío" también se refieren a padres o tutores así como participantes en los programas. Al registrar para estos programas, usted concuerda de la siguiente manera:

Como participante en estos programas, yo reconozco que hay ciertos riesgos de heridas físicas, y yo concuerdo en asumir el riesgo total de cualquier herida, daños o pérdida que pueda sostener a consecuencia de tomar parte de cualquier manera, en cualquier y todas las actividades conectadas con o asociado de tales actividades que implique riesgos substanciales de alguna herida.

Concuerdo en renunciar y abandonar cualquier y todo reclamo que pueda tener a consecuencia de tomar parte en estos programas contra la Asociación West Suburban de Recreación Especial, cualquier y toda unidad gubernamental participante, cualquier y todos los contratistas independientes, oficiales, agentes, sirvientes, empleados de los cuerpos gubernamentales y contratistas independientes, y cualquier y todas las otras personas y entidades de cualquier naturaleza que quizás sea directamente o indirectamente responsable de cualquier herida que yo quizás sostenga al tomar parte en estos programas.

Yo por la presente renuncio y completamente y libero a la Asociación West Suburban de Recreación Especial y libero a otros partidarios de cualquier y todo reclamo por heridas, daños o pérdida, que puedan incurrirme por motivo de mi participación en estos programas.

Concuerdo aún más indemnizar, tener inocuo y defender, a la Asociación West Suburban de Recreación Especial y cualquier y todos los otros partidos de cualquier y todo reclamo que resulte en heridas, daños y pérdidas sostenidas por cualquiera, y surgiendo fuera de, conectado con, o en cualquier manera asociada con mi conducto y las actividades de estos programas.

Comprendo aún más y concuerdo que los términos como "participación", y las "actividades", se refirieron a en este Acuerdo, incluye todos ejercicios y los movimientos físicos de cualquier naturaleza mientras tomo parte en estos programas e incluye aún más la provisión, de o fracaso para proporcionar las instrucciones o la supervisión apropiadas, el uso y el ajuste de cualquier y toda maquinaria, equipo, y aparato, y algo relacionado con mi uso de los servicios, las facilidades, o Implicado en estos programas, y en el transporte a y de acontecimientos.

Comprendo la naturaleza de estos programas para el cual me inscrito, y he leído y comprendo completamente esta Renuncia, Liberación y Acuerdo Inocuo. Comprendo aún más que cualquier deliberación o advertencias de los riesgos particulares de estos programas que recibo subsiguientemente serán integradas por la referencia en y llegan a ser una parte de este Acuerdo.

En caso de emergencia, yo doy mi permiso para que el participante reciba primeros auxilios, transporte o atención médica que pueda ser requerida.

PARA COMUNICARSE CON LOS TRABAJADORES DE ESCUELA/DOCTOR

YO AUTORIZO A LOS MAESTRAS, TRABAJADORES SOCIALES, TERAPISTAS O DOCTORES A COMUNICARSE CON WSSRA ACERCA DE LAS NECESIDADES DEL PARTICIPANTE EN RELACIÓN A LOS PROGRAMAS DE WSSRA. WSSRA GUARDARA TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RECIBIMOS.

Si No

PARA COMUNICARSE CON LOS ACOMPAÑEROS/MIEMBROS DE WSSRA

YO AUTORIZO QUE WSSRA LES PUEDE DAR INFORMACIÓN ACERCA DEL PARTICIPANTE Y SU PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS Y ACTIVIDADES A MI DISTRITO DE PARQUE O MUNICIPALIDAD DE MI CIUDAD, INCLUYENDO NOMBRE, DIRECCIÓN, NUMERO DE TELÉFONO EDAD. DISCAPACIDAD O REGISTRACIONES, SI NO LOS REVELAR DE NUEVO SIN MI FIRMA DE CONCENTO.

Si No

*YO ENTIENDO QUE PUEDO CAMBIAR A LAS DECLARACIONES ENCIMA EN CUALQUIER MOMENTO ENTREGANDO UN AVISO ESCRITO A LA OFICINA DE WSSRA, PARA PROHIBIR REVELACIÓN ADICIONAL DEL INFORMACIÓN.

UN EXAMEN DE SALUD DIARIO DE COVID-19

ESTO ES PARA RECONOCER QUE AL ASISTIR AL PROGRAMA, USTED O UN PADRE O TUTOR COMPLETARÁ UN EXAMEN DE SALUD DIARIO DE COVID-19, POR SU CUENTA, ANTES DE LLEGAR AL PROGRAMA CADA DÍA. INDEPENDIEMENTE DEL ESTADO DE VACUNACIÓN, SE ABSTENDRÁ DE ASISTIR AL PROGRAMA CUANDO TENGA SÍNTOMAS DE COVID-19, INCLUYENDO FIEBRE O ESCALOFRÍOS, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FATIGA, DOLORS MUSCULARES O CORPORALES, DOLOR DE CABEZA, NUEVA PÉRDIDA DEL GUSTO U OLFATO, DOLOR DE GARGANTA, CONGESTIÓN O SECRECIÓN NASAL, NÁUSEAS O VÓMITOS, O DIARREA.

Si No

ENVÍENOS UN CORREO ELECTRÓNICO CON SU OPINIÓN A WSSRA@WSSRA.NET