

City of Livingston Recreation Department Release and Permission to Participate in Youth: _____



Division: _____

Birth Cert. onfile: Y N

| Participant's Name | DOB | Age Today | Grade | Male or Female | Shirt Size | Fee |
|--------------------|-----|-----------|-------|----------------|------------|-----|
| | | | | | | |

Name of Parent or Legal Guardian (nombre) _____

Address (dirección) _____

City (ciudad) _____ Zip-code _____

Phone Number (numero de teléfono) _____ Cell Number _____ Wk _____

Mailing Address: (dirección de envío)(if different then above): _____

In the event that parents cannot be reached, please list a relative/friend to be notified in case of an emergency:

Emergency Contact (contacto de emergencia): Name:(nombré) _____

Home Telephone: numero de teléfono _____ Work Telephone: _____

Family Physician (oficina de medico): _____ Physician's Telephone: (medico telefono) _____

* List any special instructions, all allergies, immunizations, medications regularly taken, or any medical conditions, etc (liste alergias) _____

Do you need an accommodation/ if so explain: _____

Authorization Consent to Medical, Surgical, Hospital and Dental Care to Minor:

Yo soy el Padre o la persona quien tiene la custodia legal o el tutor legal del participante nombrado arriba y doy permiso para que el niño(a) participe en el programa de Recreación de Livingston. Considerando que al niño(a) le sea permitido participar en la actividad Recreativa mencionada arriba, Yo, con el propósito de comprometerme a mi mismo(a), a mi esposo(a) (si tengo), y a mis herederos, representantes legales, y designados, libero y descargo a los patrocinadores del programa de Recreación, de todo perjuicio o daño, sufrido por el niño(a) mientras participa en la actividad Recreativa. Yo entiendo que al firmar esta liberación, Yo no exento o libero a la Ciudad, a sus miembros del Consejo Municipal, empleados, agentes, designados o a los patrocinadores del programa de Recreación de la responsabilidad por cualquier fraude, lesión voluntariosa o violación de la ley intencionada o negligente cometida por cualquiera de dichas personas. Yo entiendo además que: "La Ciudad de Livingston **no tiene ni proporciona seguro médico o accidental** para las personas implicadas en los programas patrocinados por el Departamento de Parques, Recreación y Servicios Comunitarios." **Entiendo también que una vez que los uniformes hayan sido ordenados, no hay reembolsos. Entiendo también que es mi responsabilidad ponerme en contacto con el entrenador de mi niño(a) si el/ella no se ha comunicado conmigo después de varios días de que el equipo sea anunciado.**

El suscrito, quien es el padre o la persona quien tiene la custodia legal o el tutor legal del niño(a) denominado arriba, por este medio autoriza a cualquier empleado adulto del Departamento de Recreación de la Ciudad de Livingston, en cuyo el cuidado del niño(a), ha sido confiado a dar consentimiento de cualquier examen de radiografías, anestésico, diagnostico medico o quirúrgico o tratamiento y cuidado de hospitalización que le sea prestado al niño(a) bajo la supervisión general o especial y sobre la recomendación de un medico y cirujano titulado bajo las provisiones del Acto de Práctica Médica, o de dar consentimiento para un examen de radiografías, anestésico, diagnostico o tratamiento dental o quirúrgico y cuidado de hospitalización que le sea prestado al niño(a) por un dentista titulado bajo las provisiones del Acto de Práctica Dental. Está sobreentendido que la Ciudad de Livingston no asume ni admite ninguna responsabilidad de pago por cualquier servicio relacionado con el tratamiento médico, inclusive cobros de ambulancia, prestado en conformidad con esta autorización. Esta autorización es otorgada para considerar la participación del niño(a) denominado arriba en un programa o programas conducido(s) por la Ciudad de Livingston.

Please Print Name: _____

Signed Parent/Legal Guardian :(firma) _____ Date: _____

Note to Parents: The purpose of this form is to authorize adult employees of the City of Livingston to obtain medical, surgical or dental aid for your child should the need arise. The authorization is given pursuant to the provisions of Section 25:8 of the Civil Code of California. Aviso para los Padres: El propósito de esta forma es de autorizar a los empleados adultos de la Ciudad de Livingston a obtener ayuda médica, quirúrgica o dental para su niño(a) si surge la necesidad. La autorización es dada conforme a las provisiones de la Sección 25:8 del Código Civil de California.

If interested in Coaching OR sponsoring a Team – Please check **SPONSOR:** _____ / Business Name: _____

COACH: _____ **ASST. COACH:** _____ (Need to fill out coach Application and finger printing is required by State) *No cost*