



LIGA DE ACTIVIDADES DE LA POLICÍA DE SAN MATEO

200 Franklin Parkway, San Mateo CA 94403 650-522-7725 FAX 650-522-7551

www.sanmateopal.org

2023

Solicitud de Membresía (Una solicitud por cada niño)

Esta información se mantendrá de manera estrictamente confidencial y no será distribuida o vendida a nadie más. Se utiliza únicamente para asegurar una programación exitosa.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN TINTA Y CON LETRA DE MOLDE

Información del niño o niña

Nombre del/a niño/a: _____ Apellido del/a niño: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Niño/a vive con: Ambos Padres Madre Padre Otro: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono (Hogar) _____ (Celular /Buscapersonas) _____ **Correo electrónico** _____

Nombre de la Madre o Tutor: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono (Hogar) _____ (Celular /Buscapersonas) _____ **Correo electrónico** _____

Contacto de Emergencia (Persona diferente a los padres/tutores): Nombre: _____

Teléfono (Hogar) _____ (Celular /Buscapersonas) _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento del niño/a: Mes ___ Día ___ Año ___ Edad: ___ Sexo: Masculino Femenino Escuela: _____ Grado: _____

Nombres de los Hermanos: _____

Demografía de la Familia

Tamaño de la Familia: Número total de miembros de familia que viven en su casa (niños y adultos incluyendo a usted): _____

Ingresos: Por favor marque la caja que mejor describe el total de los ingresos anuales antes de impuestos en su casa.

- Menos de \$25,000
 \$25,001-\$55,900
 \$55,901-\$93,249
 \$93,250 - 149,100
 \$149,101 - 166,000
 \$166,001 - 199,200
 \$199,201 en adelante

¿Califica su familia para el Programa de Almuerzos a Precios Reducidos? Si o No

Origen Étnico: Marque solamente la caja que mejor indique el origen étnico de su niño/a

- Asiático Afroamericano
 Caucásico Islas del Pacífico
 Hispánico Múltiple /Raza mixta

Idioma principal hablado en casa: Inglés Otro (¿Qué idioma?) _____

Estado Civil de los Padres: Escoja la opción que describe mejor a su familia en este momento.

- Jefe de familia soltero
 Casado
 Separado/Divorciado
 Viudo
 Padre de Crianza
 Tutor
 Otro

RENUNCIO Y LIBERACION DE RESPONSABILIDADES DE RESPONCABILIDAD PARA FOTOGRAFIA: En consideración en el programa de recreación de la Ciudad de San Mateo y San Mateo Liga de Actividades con La Policía de San Mateo descrito anteriormente (la actividad), yo el signatario para mi mismo y/o como padre/tutor del menor mencionado arriba, estoy de acuerdo a indemnizar, y eximir de responsabilidad a la Ciudad de San Mateo y Liga de Actividades con La Policía de San Mateo, sus funcionarios elegidos y designados y por medio de la presente renuncio, exonero y descargo todas y cada una de las reclamaciones por danos, muerte, lesiones, personales, lesiones corporales o danos a la propiedad que yo/o el Menor podemos tener con mi participación o la participación del Menor en esta Actividad, aun cuando esa responsabilidad legal pueda surgir por negligencia ordinaria o descuido por parte de las personas o entidades mencionadas arriba.

Yo entiendo que accidentes y lesiones pueden surgir de la participación en esta clase o actividad, sin embargo, sabiendo los riesgos, por medio de la presente estoy de acuerdo con asumir esos riesgos en mi nombre y/o en nombre del Menor. Se entiende y acuerda además que esta renuncia, liberación y asunción o riesgos ha sido aprobada libremente y es obligatoria para mis/ nuestros herederos y beneficiarios.

He leído y estoy de acuerdo con las políticas de inscripción y del programa. Además, estoy de acuerdo en permitir el uso de mi imagen y/o la del menor nombrado, que pueda ser captada mediante video, fotografía, cámara digital u otro medio, para los materiales de promoción y publicaciones de la Ciudad de San Mateo y San Mateo Liga de Actividades con La Policía de San Mateo. Con mi firma a continuación, reconozco que he leído este documento y entiendo su contenido.

Firma de Padre o Guardián

Fecha



Información Médica/de Seguro

¿Tiene SEGURO? _____ SI _____ NO

Compañía de Seguros _____ No. de la Póliza _____

Nombre del Médico _____ No. de Teléfono _____

Hospital o Clínica Preferida: _____

Alergias a medicamentos o alimentos: _____

Información médica importante, medicinas especiales, o instrucciones especiales de las cuales debemos estar enterados:

Haga una lista de cualquier restricción al tratamiento médico: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO: AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo/nosotros, signatarios, padre(s) o guardianes legales de _____, un menor, por medio la presente autorizamos al personal de la Liga de Actividades de la Policía de San Mateo, o a un representante autorizado, en calidad de agente(s) del signatario, a dar el consentimiento necesario para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y cuidado en el hospital que se sean prestados bajo la supervisión específica o general de cualquier médico y cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley del Ejercicio de la Medicina de California o el personal médico de un hospital con licencia, ya sea que tal examen, diagnóstico o tratamiento sea hecho en la oficina de dicho médico o en tal hospital.

Queda entendido que esta autorización se da en anticipación de cualquier examen, diagnóstico, tratamiento, cuidado en el hospital específico y se da para dar autoridad y poder por parte de nuestros agentes nombrados anteriormente para dar consentimiento específico para todo y cualquier examen, diagnóstico, tratamiento o cuidado en el hospital que sea recomendado por el médico mencionado anteriormente en el ejercicio de su mejor juicio.

Padre _____ Fecha _____

o
Tutor _____ Fecha _____

Permiso de excursión/transporte

Yo/nosotros, los abajo firmantes, padre(s) o tutores legales de _____, un menor, por la presente damos permiso para que _____ participe en todas las excursiones, el transporte hacia y desde los programas y los programas de eventos especiales planeados como parte de la Liga de actividades Policiales de San Mateo. Por la presente libero y eximo de responsabilidad a la Ciudad de San Mateo y a la Liga de Actividades Policiales de San Mateo, sus funcionarios electos y designados, sus empleados y agentes, de todos y cada uno de los reclamos de responsabilidad por lesiones personales, daños a la propiedad o muerte por negligencia que surjan de participación en la excursión, transporte hacia y desde los programas y programas de eventos especiales, incluidas las reclamaciones basadas en la negligencia de otras partes o de las partes liberadas, ya sea pasiva o activa.

Padre/ Guardian Legal _____ Fecha _____

Nombre del Padre o Guardian _____

PAL Staff Only:

Shirt received (initials) _____

Program Tag:

PAL's Place

Youth Prevention Services