



RECREATION PROGRAM REGISTRATION FORM

Aquatics Center: 987 Ave. Vista Hermosa, San Clemente, CA 92673 / (949) 429-8797

Community Center: 100 N. Calle Seville, San Clemente, CA 92672 / (949) 361-8264

Ole Hanson Beach Club: 105 W. Avenida Pico, San Clemente, CA 92672 / (949) 388-2131

| | | |
|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Adult Last Name: | First Name: | |
| Street Address: | | |
| City: | State: | Zip Code: |
| Primary Phone: | Alternate Phone: | |
| E-Mail Address: | | |

Would you like a registration confirmation e-mailed to you? Yes No

| Barcode | Course Name | Participant's Name | Gender | DOB (under 18) | Fee |
|---|-------------|--------------------|--------|-------------------|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Non-resident fee (\$3/class) | | | | | \$ |
| Donate to Recreation Scholarships? (\$1) | | | | | \$ |
| Check #: | | | | Total Fee: | \$ |

PHOTO/VIDEO RELEASE: I understand that at various times City representatives may photograph and/or video activities of City recreation programs, special events and participants. By signing this form, I authorize the City of San Clemente to use or publish any photographs/videos taken of me or my child/children to promote classes on the City's website and other internet publicity, and/or in future publications of City brochures and/or flyers.

RELEASE AND WAIVER OF LIABILITY AND INDEMNITY AGREEMENT: The undersigned hereby releases the City of San Clemente and its officers, agents and employees from all liability to the undersigned (and from any minor participants for whom the undersigned has the capacity to contract), thereby releasing, indemnifying, and holding harmless the City of San Clemente, its officers, agents, and employees from all liability to the undersigned (and said minors) for any loss or damage on account of physical, mental and emotional injury to the undersigned (of said minors) caused by negligence of the City of San Clemente, its officers, agents and employees. The undersigned hereby assumes full responsibility for, and the risk of, physical, mental and emotional injury due to the negligence of the City of San Clemente, its officers, agents and employees. The undersigned recognizes for himself or herself, and any minors, that the events and occurrences to which this release applies can be dangerous and as a result of signing below, the undersigned is accepting those risks for himself or herself, and for any minor participants for whom the undersigned can contract.

AUTHORIZATION TO PROVIDE MEDICAL TREATMENT FOR MINOR PARTICIPANTS: The undersigned, who is the parent or guardian of the above named individual, a minor, hereby authorized the City of San Clemente, into whose care the above named individual has been entrusted, to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care to be rendered to said minor under the general or special supervision and upon the advice of a physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act, or to consent to an x-ray examination, anesthetic, dental or surgical diagnosis or treatment and hospital care to be rendered to said minor by dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act. The undersigned furthermore authorized the City of San Clemente to transport or make arrangements for transport as may be required for the administration of health care consented to in the above program.

REFUND POLICY: To drop a class, complete a Refund Request Form. If notification is received before the second class meeting date, a refund in the form of a check or left on the City account (minus an \$8 processing fee) will be processed. **Camps & Swim Lessons:** If a refund request is received 72-hours before the start of the course/camp, a refund will be provided. **Workshops:** If a refund request is received 24-hours before the start of the course, a refund will be provided. All refunds are in the form a check or credit. An \$8.00 refund processing fee will apply per person, per class. **No refunds or credits will be issued after the second class meeting.**

I, THE UNDERSIGNED, AM FAMILIAR WITH THE NATURE OF ACTIVITIES AND CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS WAIVER AND RELEASE AS IT APPLIES TO MYSELF AND TO ANY MINORS FOR WHOM I AM SIGNING.

Participant Signature: _____ **Date:** _____
(Parent or guardian signature if under 18 years of age)



FORMA DE REGISTRACIÓN PARA PROGRAMAS DE RECREACIÓN

Aquatics Center: 987 Ave. Vista Hermosa, San Clemente, CA 92673 / (949) 429-8797

Community Center: 100 N. Calle Seville, San Clemente, CA 92672 / (949) 361-8264

Ole Hanson Beach Club: 105 W. Avenida Pico, San Clemente, CA 92672 / (949) 388-2131

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------|
| Apellido del Adulto: | | Nombre del Adulto: | |
| Domicilio: | | | |
| Cuidad: | | Estado: | Código Postal: |
| Numero de Teléfono: | | Teléfono Secundario: | |
| Correo Electrónico: | | | |

¿Le gustaría recibir una confirmación de registración por correo electrónico? Si No

| Código | Nombre de la Clase | Nombre del Participante | Sexo (M/F) | Fecha de nacimiento | Costo |
|--|--------------------|-------------------------|------------|---------------------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Cuota de No Residente (\$3/clase) | | | | | \$ |
| ¿Le gustaría donar a las Becas de Recreación? (\$1) | | | | | \$ |
| Numero de cheque: _____ | | | | Costo Total: | \$ |

FOTO/VIDEO DE PRENSA: En varias ocasiones, representantes de la Ciudad toman fotos de las actividades, eventos especiales y también de participantes del programa de recreación de la Ciudad; Al firmar esta solicitud, autorizo a la Ciudad de San Clemente, usar o publicar fotos tomadas de mí o de mis hijos para promover los programas en el sitio de la Ciudad y publicaciones de folletos de la Ciudad.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN: El firmante libera la ciudad de San Clemente y sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad a los abajo firmantes (y de alguno de los participantes menores de edad para quienes el que suscribe tiene la capacidad para contratar), liberando de este modo, indemnizar y liberar de responsabilidad de la Ciudad de San Clemente, sus funcionarios, agentes y empleados de toda responsabilidad a los abajo firmantes (y dijo que los menores de edad), de toda pérdida o daño a causa de una lesión física, mental y emocional para el abajo firmante (de dichos menores de edad) fueron causados por negligencia de la Ciudad de San Clemente, sus funcionarios, agentes y empleados. El abajo firmante asume toda la responsabilidad y el riesgo de lesiones físicas, mentales y emocionales debido a la negligencia de la Ciudad de San Clemente, sus funcionarios, agentes y empleados. El abajo firmante reconoce por sí mismo, y cualquier menor de edad, que los acontecimientos y sucesos a los que se aplica este comunicado pueden ser peligrosos y, como resultado de la firma a continuación, el que suscribe es aceptar esos riesgos por sí mismo, y por alguno de los participantes de menor importancia para quien el firmante puede contraerse.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA PARTICIPANTES MENORES: El firmante de abajo, que es el padre o tutor de la persona mencionada arriba, menor de edad, autoriza a la Ciudad de San Clemente, a cuyo cuidado se ha confiado a la persona mencionada anteriormente, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, médico o diagnóstico o tratamiento quirúrgico y atención hospitalaria que se prestará a dicho menor bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de un médico y cirujano autorizado bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Médica, o para consentir a un examen de rayos X, anestesia, el diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y la atención hospitalaria que el dentista con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica Dental otorgará a dicho menor. El firmante de abajo además autorizó a la Ciudad de San Clemente a transportar o hacer arreglos para el transporte según sea necesario para la administración de la atención médica consentida en el programa anterior.

POLÍTICA DE REEMBOLSO: Para dejar una clase, completa un formulario de solicitud de reembolso. Si se recibe una notificación antes de la segunda fecha de reunión de la clase, un reembolso en forma de un cheque (menos una cuota de \$8 por el procesamiento del reembolso) o crédito en su cuenta de recreación de la ciudad será procesado. **Campamentos & Clases de Natación:** Si la solicitud de reembolso es recibida 72 horas antes del comienzo de la clase, un reembolso será procesado. **Talleres:** Si la solicitud de reembolso es recibida 24 horas antes del comienzo de la clase, un reembolso será procesado. Todos los reembolsos son recibidos en forma de un cheque o crédito a la cuenta de recreación de la ciudad. Un cargo de \$8 por el procesamiento del reembolso será aplicado por persona, por clase.

No hay reembolsos después de la segunda reunión de la clase.

YO, EL FIRMANTE DE ABAJO, ESTOY FAMILIARIZADO CON EL CARÁCTER DE LAS ACTIVIDADES Y CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA RENUNCIA Y LIBERACIÓN YA QUE SE APLICA A MÍ MISMO Y PARA CUALQUIER MENORES PARA QUIÉN ESTOY FIRMANDO.

Firma de Participante: _____ **Fecha:** _____

(Firma del padre o guardián legal si es menor de 18 años)