2018 Aquatics Swim Lesson Registration

NAME: _____ AGE: _____ DATE OF BIRTH: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____ PHONE #: _____

I hereby give my permission for the above named child to participate in the City of Dinuba Swim Lessons. I agree to assist him/her in attending all lessons.

I furthermore waive, release, and discharge any and all claims for damages, death, personal injury, or property damage which the above named child or I may have or which hereafter accrue to the above named child or myself, against the city as a result of the above named child's participation in the Dinuba aquatics program. I hereby authorize the use of photographs in the promotion of activities. I acknowledge that these photographs could also be used in such non-commercial promotional materials as brochures, flyers, newsletters, annual reports, audio visual presentations, and on the web sites of City of Dinuba, sponsoring companies, partnership and beneficiary organizations. In addition, I understand that these photos could also be shared with external media organizations, such as newspapers and television stations, to further promote the City of Dinuba programs.
This release is intended to discharge the city, its agents and employees, individuals affiliated with this program, and any other involved municipality or public entities from and against any and all liability arising out of or connected in any way with the above named child or my participation in the program, even though that liability may arise out of the negligence on the part of persons or entities mentioned above. **I further understand that accidents and injuries can arise from my participation in the swim lesson/class, such accidents & injuries may include, but are not limited to, irritated eyes, ear aches, pulled or strained muscles and any and all injuries associated with increasing my heart rate. However, knowing the risks, nevertheless, I hereby agree to assume those risks and to release and to hold harmless all the persons or entities mentioned above who (through negligence) might otherwise be liable to the above mentioned child or me (or the above named child's or my heirs or assigns) for damages.** It is further understood and agreed that this waiver, release, and assumption of risk is to be binding on the above named child's heirs and assigns.

_____ _____

Signature of parent or guardian * I HAVE READ THE WAIVER * **Date**

Fee is $33 per participant, per session.

Swim Lesson Refund Policy

Cancellations or changes must be made no later than 12:00pm the Wednesday before the lesson begins to be eligible for a refund. A $7 processing fee will be assessed on all eligible refunds per participant, per program.

Cancellations or changes not occurring within this time frame will not be eligible for a refund. The only exception will be for a medical reason, in which case a valid medical note must be presented to receive a refund or credit. Valid medical injuries or emergencies occurring during a swim session will be pro-rated.

Swim lesson transfers/credits must be made no later than 5:00pm the Friday before a new session, upon availability. All transfers/ credits only apply to 2017 aquatics sessions.
No changes will be accepted after this time.

* I HAVE READ THE REFUND POLICY (Initials) _____

Office use only

Taken by: _____ Emergency Card: _____

Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____
Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____
Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____
Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____

Dinuba Community Services
Emergency Form

Child's Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Address: _____

City: _____ Zip: _____ Contact phone # _____

Email Address: _____

Mother's Name: _____ Telephone #: _____ Cell #: _____

Father's Name: _____ Telephone #: _____ Cell #: _____

Other's Name: _____ Telephone #: _____ Cell #: _____

List Authorized Person(s) to pick-up child: _____

_____

Allergies (Food or Drug): _____

Any Special Medication or Pertinent information: _____

In the event of an injury, do we have your permission to take your child to his/her doctor to seek medical treatment at an emergency hospital? Yes: _____ No: _____

Family Physician: _____ Telephone #: _____

Insurance Company: _____ Policy Number: _____

AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR

I (We) the undersigned parent(s) or legal guardian (s) of _____, a minor, do hereby authorize and consent to any x-ray examination, anesthetic, medical, or surgical diagnosis rendered under the general or special supervision of any member of the medical staff and emergency room staff licensed under the provisions of the Medicine Practice Act to a Dentist licensed under the provisions of the Dental Practice Act and on the staff of any acute general hospital from the State Department of Public Health. It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable. It is understood that effort shall be made to contact the undersigned prior to rendering treatment to the patient, but that any of the above treatment will not be withheld if the undersigned cannot be reached.

This authorization is given pursuant to the provisions of the Civil Code in California.

List any restrictions: _____

This consent shall remain effective until December 31, _____.

Signature of Parent(s)/Legal Guardian(s): _____ Date: _____

2018 Clases de Natación

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ # de teléfono: _____

Yo doy mi permiso para que el niño arriba mencionado participe en la Ciudad de Dinuba Clases de Natación. Estoy de acuerdo en ayudarlo / a atender todas las clases.

Yo, además, renuncio, libero y descargo cualquier y todas las reclamaciones por daños y perjuicios, la muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que el niño nombrado arriba o yo pueda tener o que en lo sucesivo depositen en el niño nombrado arriba o yo mismo, contra la ciudad como resultado de la participación del niño arriba mencionado en el programa de actividades acuáticas Dinuba. Por la presente autorizo el uso de fotografías en la promoción de actividades. Reconozco que estas fotografías también se pueden utilizar en los materiales promocionales no comerciales tales como folletos, volantes, boletines, informes anuales, audio presentaciones visuales, y en los sitios web de la ciudad de Dinuba, organizaciones patrocinadoras empresas, asociaciones y beneficiarios. Además, entiendo que estas fotos también pueden ser compartidas con las organizaciones de medios externos, tales como periódicos y estaciones de televisión, para promover aún más la Ciudad de los programas de Dinuba.

Esta versión está destinada a desempeñar la ciudad, sus agentes y empleados, personas afiliadas a este programa, y cualquier otra municipio o de entidades públicas de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de o conectado de alguna manera con el niño antes mencionado o de mi participación en el programa, a pesar de que la responsabilidad puede surgir de la negligencia por parte de personas o entidades mencionadas anteriormente. Además, entiendo que los accidentes y las lesiones pueden surgir de mi participación en las lecciones de natación / clase, este tipo de accidentes y lesiones pueden incluir, pero no están limitados a, irritación de los ojos, dolores de oído, tirados o tensas músculos y cualquier y todas las lesiones asociadas con el aumento mi ritmo cardíaco. Sin embargo, conociendo los riesgos, sin embargo, yo estoy de acuerdo en asumir esos riesgos y liberar y eximir de responsabilidad a todas las personas o entidades mencionadas anteriormente que (por negligencia) de lo contrario podrían ser responsables al niño antes mencionado o yo (o el arriba mencionado hijo de o mis herederos o cesionarios) por daños y perjuicios. Además, se entiende y acuerda que esta renuncia, lanzamiento y asunción de riesgo es de ser vinculante para los herederos y cesionarios del niño nombrado arriba.

_____ _____

Firma del padre o guardián ** HE LEÍDO LA RENUNCIA ** **Fecha**

El costo es $ 33 por participante, por sesión.

Clases de natación póliza de Reembolso

Cancelaciones o cambios deben hacerse no más tarde de 12:00 pm el miércoles antes que la lección comience para ser elegibles para un reembolso. Un cargo de $ 7 se evaluó en todos los reembolsos elegibles por participante, por programa.

Cancelaciones o cambios que no ocurran dentro de este tiempo no serán elegibles para un reembolso. La única excepción será por una razón médica, en ese caso una nota médica válida se debe presentar para recibir un reembolso o crédito. Lesiones o emergencias médicas válidas que se producen durante una sesión de natación serán valorados-pro.

Transferencias de lecciones de natación / créditos deben hacerse no más tarde de las 5:00 pm el viernes antes de una nueva sesión, según disponibilidad. Todos los traslados / créditos sólo se aplican a 2017 clases de natación. No serán aceptados después de este tiempo.

**** HE LEÍDO LA POLIZA DE REEMBOLSO **** (Iniciales)_____

Office use only

Taken by: _____ Emergency Card: _____

Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____

Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____

Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____

Date: _____ Session: ____ Level: _____ Time: _____ Receipt #: _____ Pmt. Method_____

Servicios Comunitarios de Dinuba
Forma de Emergencia

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ # de Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de Madre: _____ # de teléfono: _____ # del trabajo: _____

Nombre de Padre: _____ # de teléfono: _____ # del trabajo: _____

Nombre de Otros: _____ # de teléfono: _____ # del trabajo: _____

Lista de personas autorizadas de recoger al nino/a: _____

_____

Alergias a (medicamento/comidas): _____

Cualquier medicamento especial o información pertinente: _____

¿En caso de una lastimadura, tenemos su permiso para llevar a sus hijo(a) a su doctor o tratar de obtener tratamiento medico de un hospital de emergencias? Si: _____ No: _____

Medico Familiar: _____ # de teléfono: _____

Compañía de Seguro: _____ # de póliza: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Yo (nosotros) los padres abajo firmados o guardianes legales de _____ Un menor, de edad, por lo presente autorizo y consiento a cualquier reconocimiento de radiografía, anestésico, diagnostico medico o quirúrgico rendido bajo la supervisión general o especial de cualquier miembro del personal medico y personal de sala de emergencia autorizado bajo las estipulaciones de le Ley de Ejercer Medicina o un Dentista autorizado bajo la Ley de Practica Dental y en el personal de cualquier hospital general de cuidado critico con una licencia actual para dirigir un hospital del Departamento Estatal de Salud Publica. Se entiende que este consentimiento es dado por adelantado de cualquier diagnostico especifico, tratamiento, hospitalización siendo requerido pero es proveído para conceder autoridad y poder para rendir atención medica que el medico anterior en ejercicio de su mejor juicio de el/ella puede considerar conveniente. Se entiende que se hará esfuerzo para comunicarse al bajo firmado antes de prestar tratamiento medico al paciente, pero que cualquier tratamiento medico al paciente o cualquier tratamiento medico antes mencionado no serán negados si no se puede comunicar con el abajo firmado.

Esta autorización es dada de acuerdo con las estipulaciones del Código Civil en California.

Anote cualquier restricción: _____

Esta autorización quedara vigente hasta 31 de Diciembre 20___.

Firma de Padre(s)/Guardián(es) legal: _____ **Fecha:** _____