

**Warren Township Teen Center**  
**El Municipio de Warren - Centro de Adolescentes/Jóvenes**  
**Emisiones y Acuerdo de Indemnización**

En caso de una emergencia médica, si no puedo ser localizado, autorizo a (el Municipio de Warren) Warren Township buscar (médico, dentista, enfermera, etc.) atención médica para el participante. Entiendo que sólo aquellos medicamentos que son médicamente necesarios y no se pueden dar fuera de los horarios del programa se darán durante el programa.

Doy mi consentimiento para que el/la participante sea transportado/a en vehículos por Warren Township. Yo reconozco y acepto que Warren Township puede tomar fotografías y/o videos de los participantes en el programa, incluyendo mi participante, a menos que yo notifique por escrito que fotografías y videos no se permiten con respecto a mi participante. Las fotografías y videos permitidos a continuación sólo serán para las futuras publicaciones o publicaciones en línea.

Entiendo que la participación en los programas recreativos implica el riesgo de ser lastimado. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a la intemperie, accidentes viajando, problemas con el equipo, contacto con y las acciones de otros participantes, resbalones, tropiezos y caídas, heridas músculo-esqueléticas y otras heridas no listadas. Yo elijo que el participante participe en el programa (as) seleccionado(s) a pesar de los riesgos.

A cambio de la oportunidad de participar en este programa, autorizo por mí mismo y por mis herederos, asignados, albaceas y administradores a liberar, renunciar, y descargar cualquier derecho legal que pueda tener para buscar el pago o socorro de cualquier tipo del municipio, sus empleados o sus agentes por daños, enfermedad o muerte como resultado de este programa. Acepto que soy el padre, guardián o de otra manera responsable por el/la participante cuyo registro estoy entregando y yo libero, renuncio y descargo cualquier derecho legal que yo pueda hacer valer en representación del participante que participa en el programa o programas. También estoy de acuerdo de no demandar al municipio, sus empleados o sus agentes y estoy de acuerdo de indemnizar al municipio para todos los reclamos, daños, pérdidas o gastos, incluyendo honorarios del abogado si una demanda se presenta en relación con una lesión, enfermedad o muerte de mí o del participante como resultado de la participación en el programa o programas.

Entiendo que el municipio de Warren no ofrece ninguna cobertura de seguro para los participantes. He leído este documento completamente y entiendo que al firmar este documento estoy renunciando a mis derechos legales.

También el participante y yo estamos de acuerdo a seguir todas las reglas y procedimientos del programa y seguir las instrucciones del personal y/o supervisores del programa.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma** (del *padre/guardián* si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/ guardián:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## 2021 – 22 Inscripción para el Centro de Adolescentes/Jóvenes

\_\_\_ Gurnee Año Escolar (8/25/2021 - 6/14/2022) Costo \$25.00 Park City Costo Anual \$10 \_\_\_

\_\_\_ 2021 Verano (6/14/2021 - 8/13/2021) Costo 25.00 Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Grado: \_\_\_

Género: Masculino / Femenino

Nombre de los padres: (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

(Padre 1) Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

(Padre 2) Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (1): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (2): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dieta especial/ Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alguna necesidad especial, acomodaciones u otra información: \_\_\_\_\_

Warren Township les da la bienvenida a todas las personas que quieran participar, incluidas aquellas con discapacidades o necesidades especiales. Estamos comprometidos con el cumplimiento de la ADA y ofrecemos adaptaciones razonables para facilitar la participación en nuestro programa. Para garantizar que los ajustes requeridos se encuentren en su lugar, la solicitud deberá ser recibida por lo menos 2 semanas antes de la fecha de comenzar el programa. Debido a la naturaleza de nuestro programa en el centro y por la naturaleza intensiva de supervisión en los paseos, los empleados del centro Warren Township no pueden ser responsables de proveer atención personalizada a individuos, por ejemplo, asistiéndolos con el deambular, ir al baño, asistir con alimentación, asistencia a personas con deterioro cognitivo, etc. Los empleados de Warren Township Teen Center se reserva el derecho de negar la membresía/viaje si está determinado que el cuidado de esta naturaleza es requerido. Para más información, póngase en contacto con el Director del Centro de Adolescentes al (847) 244-1101 \*801 or \*459.

### **Póliza de no discriminación:**

El municipio no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, orientación sexual, identidad o discapacidad en las oportunidades de empleo para la prestación de servicios, programas o actividades.

### **Póliza de reembolso/devolución:**

Las membresías no son transferibles, no son reembolsables, y no serán repartidas por ninguna razón. Programas, viajes y clases que tienen costos asociados con ellos, no serán reembolsables a menos que se cancele el programa.

**Informe obligatorio:** El personal del Centro para adolescentes debe informar a cualquier participante que divulgue información que indique abuso, amenazada de daño a sí mismo o a otros.

**FIRMA (padres):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Uso de personal (Staff Only):**

Cash \_\_\_\_\_ Check # \_\_\_\_\_ Credit \_\_\_\_\_

Staff: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_