

# SANTA BARBARA POLICE ACTIVITIES LEAGUE

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre	Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento / /
Escuela	Grado en 2024-2025	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de celular del participante (Para noticias actuales de actividades)

### Origen étnico (para las estadísticas de la oficina solamente)

Africano America  Asiatico  Caucáseo  Hispano/Latino  Americano Nativo  Isleño Pacifico  Birracial  Multiracial  Otro

## INFORMACIÓN MEDICA DEL PARTICIPANTE

Por favor, marque solo los que se apliquen

### Ninguna Condición Medica

Restricciones de actividad Por Favor Especifique: \_\_\_\_\_

Restricciones de alimentarias Por Favor Especifique: \_\_\_\_\_

ADD/ADHD (TDAH)

Asma ¿Requiere medicamento / inhalador?  Si  No  Diario  Según Sea Necesario  Con Ejercicio Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

Alergias ¿A Que? \_\_\_\_\_  Urticaria/erupción  ¿Dificultad respiratoria?  Epi-pen  Benadryl

Diabetes  Tipo I  Tipo II Medicamentos:  Oral  Inyección  Bombeo  Cuidado de diabetes independiente  Necesita ayuda diaria

Enfermedades Contagiosas Por Favor Especifique: \_\_\_\_\_

Ataques epilépticos Fecha del ultimo ataque: \_\_\_\_\_ Tipo de ataque: \_\_\_\_\_

Problemas Cardíacos Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Si hay alguna restricción física, especifique: \_\_\_\_\_

Hospitalización (Visitas a Emergencia) Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Aparatos De Ayuda  Zapatos/soporte correctivos  Muletas  Silla de ruedas/motorizada  Anteojos  Aparato del oido

Otras condiciones, discapacidades o medicamentos: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono del Medico: \_\_\_\_\_

## Nombre del Padre o Guardián Legal (Contacto Primario)

Nombre	Apellido	Relacion al participante	
Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal

Por favor marque el mejor numero para comunicarse on usted:

Telefono de casa  Telefono de trabajo  Numero de celular

Correo Electronico →

Idioma Preferido  Ingles  Espanol

¿Vive el participante con usted?  Si  No

## INFORMACIÓN FINANCIERA

La información financiera es confidencial y se utiliza para propósitos de información solamente, no califica o descalifica a su hijo de participar

Es usted padre/madre soltero(a):  Si  NO Numero de miembros en su familia \_\_\_\_\_

Ingreso MENSUAL (por favor incluya a todo el ingreso de los que vivan en su casa) \$ \_\_\_\_\_

Recibe ayuda de el gobierno?  SSD/SSDI  SSI  CalWORKs/TANF  Medical  Calfresh  Asistencia General

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Apellido	Relacion al participante
¿Esta persona está autorizada para recoger?	Numero de celular	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol

## RENUNCIA DE VIDEO Y FOTO

Tengo entendido que durante el programa de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara mi fotografia o la fotografia de mi hijo puede ser tomada por la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara, productores, patrocinadores, organizador y/o cesionarios. Estoy de acuerdo que mi fotografia o la fotografia de mi hijo, incluyendo video fotografia, fotografia analógica u otra reproducción de mi imagen o semejanza de mi hijo, puede utilizarse sin cargo por la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara, productores, patrocinadores, organizadores y/o sus cesionarios para tales fines como que consideren apropiadas.

Si  No Iniciales \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE TRANSPORTE

Algunos programas de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara incluyen excursiones a parques o lugares públicos. El personal y los participantes llegan a su destino, ya sea a pie o en nuestros vehículos de la Liga de Actividades de policía de Santa Barbara. Por este medio consiento al personal de la Liga de actividades de policía Santa Barbara llevar a mi hijo en las excursiones durante el programa, por sus capitulos de miembros y/o de cualquiera de sus agentes.

Si  No Iniciales \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE GRADOS

La Liga de Policia de Santa Barbara (PAL) requiere que cada participante mantenga un GPA 2.0 (promedio C), no tenga ausencias injustificadas o tardanzas en las clases. Aquellos que no mantienen un GPA de 2.0, serán puestos en un período de supervisión en el cual serán animados a alcanzar el requisito de 2.0 asistiendo despues de escuela al programa de tutoria de PAL. Tenga en cuenta que esto es sólo para ayudar a su hijo a lograr el éxito académico. Al poner sus iniciales, usted reconoce que a su hijo se le requerirá que regrese un informe de calificaciones cada tres semanas que le sera proporcionado por el personal de PAL en la recepcion y devera estar firmado por sus maestros. O nos puede proporcionararnos la informacion de NEO y contraseña para que nosotros tengamos acceso a dicha informacion.

Nombre usuario de Aeries: \_\_\_\_\_ Contraseña: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Yo, el guarda patenal o legítimo, enumerado anteriormente autorizo por este medio y consiento cualquier examen de la radiografía, cirugía o anestésica, médica dada bajo la supervisión general o especial de cualquier miembro del personal médico y personal de la sala de emergencia licenciado bajo las estipulaciones del Acto de Práctica médica o un Dentista licenciado bajo las estipulaciones del Acto de Práctica odontológica y del personal de cualquier hospital general agudo o instalación de atención de emergencia creyendo una licencia corriente hacer funcionar un hospital o instalación de atención de emergencia del Ministerio de Salud Pública del estado de California. Entiendo que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria requerida, pero se da para proveer la autoridad y el poder de dar el cuidado que el médico ya mencionado, en el ejercicio de su/su mejor juicio, puede juzgar aconsejable para mí/mi hijo. Tengo entendido que todo esfuerzo será hecho para que se ponga en contacto conmigo antes de que cualquier tratamiento a mi hijo, pero cualquiera de las anteriores tratamiento no será retenido si no puedo ser comunicado. Esta autorización se concede en virtud de las disposiciones del Código Civil de California.

Si     No    Iniciales

## EL LANZAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD

En consideración a la aceptación de la aplicación de mi hijo, como un participante en cualquier programa y/o actividades de la Liga de Actividades de policía de Santa Barbara y sus capítulos del miembro, yo y mi hijo por este medio consentimos en asumir al asistente de todos riesgos sobre mí y mi hijo participando en cualquier programa de Santa Barbara Police Activities League y/o actividades. Yo y mi hijo por este medio renunciamos, liberamos y descargamos a cualquiera y todas las reclamaciones de daños y perjuicios por muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que yo o mi hijo pueda tener, o que en adelante se acumulen a mí o mi hijo, como resultado de la participación de mi hijo en el programa de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara. Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara, sus capítulos de miembros y/o cualquiera de sus agentes, funcionarios o empleados por cualquier accidente, muerte, lesión o daños a personas o propiedad que yo o mi hijo pueda sufrir durante su participación en el programa de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara. Esta versión pretende cumplir con antelación la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara, sus capítulos de miembros y/o cualquiera de sus agentes, funcionarios o empleados por cualquier accidente, muerte, lesiones o daños a personas o propiedad que yo o mi hijo sufra, de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de o relacionados de cualquier manera con mi o mi participación en el programa de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara o actividad, a pesar de que dicha responsabilidad pueda surgir por negligencia o descuido por parte de las personas o entidades mencionadas anteriormente. Además es entendido y acordado que esta renuncia, liberación y asunción de riesgo debe ser vinculante para mis herederos y cesionarios y los herederos y cesionarios de mi hijo. Me comprometo a asumir toda la responsabilidad por daños o lesiones a cualquier persona causada por mí o mi hijo durante su participación en el programa de la Liga de actividades de la policía de Santa Barbara o actividad.

Si     No    Iniciales

## RENUNCIA PARA PARENTSQUARE

Yo autorizo a Santa Barbara Police Activities League a compartir nuestros nombres, correos electrónicos, números de teléfono y fotografías con la empresa ParentSquare. El propósito de compartir la información es aumentar comunicación entre el SBPAL, los padres y participantes. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información anterior será incluida en las comunicaciones con los padres y los participantes. Entiendo que Santa Barbara Police Activities League se adhiere a una política de privacidad.

Si     No    Iniciales

RECONOZO QUE HE LEIDO LO ANTERIOR y que soy consciente de las consecuencias legales de este acuerdo, incluyendo que me impide demandar a la Liga de Actividades Policiales de Santa Bárbara, oa sus empleados, agentes o oficiales si estoy herido o dañado por Cualquier motivo como resultado de la participación en esta actividad. Además, reconozco que no se han hecho declaraciones orales, declaraciones o incentivos.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ¡RECUERDA, PIENSA ANTES DE ACTUAR!

He leído el manual del participante proporcionado y acepto cumplir con todas las reglas y directrices. También estoy de acuerdo en que si no cumplo con las reglas y directrices antes mencionadas, estaré sujeto a medidas disciplinarias que podrían incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- Advertencia verbal por parte del supervisor del programa.
- Suspensión con documentación escrita del incidente archivada.
- Suspensión formal de 3 meses
- Pérdida de privilegios de inscripción

He leído y entiendo las declaraciones anteriores y estoy de acuerdo en conducirme de una manera que demuestre los estándares establecidos en el Manual de Participantes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Registration Form:  Entered    Date & Staff \_\_\_\_\_

T-shirt Size: \_\_\_\_\_

Notes




