

**FORMULARIO DE REGISTRACION PARA DEPORTES**REGISTRACION: TALLER DEPORTIVO LIGA DEPORTIVA

DEPORTE	DIVISION	TALLER	TALLA DE UNIFORME
---------	----------	--------	-------------------

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

TALLA NO GARANTIZADO

SELECCIONE UNO

APELLIDO : _____ PRIMER NOMBRE: _____

 VARON HEMBRA FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___ EDAD: ___ ESCUELA: _____TIENE A UN HERMANO(A) JUGANDO EN LA MISMA DIVISION? Yes No**JUVENIL:** SM MED LRG**ADULTO:** SM MED LRG
 INFORMACION DE PADRE/ GUARDIAN

PADRE/ GUARDIAN: _____ # DE TELEFONO: _____

DIRECCION: _____ APT# _____ CIUDAD _____

CODIGO POSTAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____ CORREO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

SE NECESITAN VOLUTARIOS. LLENE ESTA SECCION SI ESTA INTERESADO EN SER VOLUTARIO: ENTRENADOR ASISTENTE NOMBRE: _____ TELEFONO: _____**POLIZA DE LA LIGA Y CONSENTIMIENTO DE PADRE/GUARDIAN****POLISA DE REEMBOLSOS**

TODOS REEMBOLSOS ESTAN SUJETOS A UNA CUOTA DE 15%. NO SE HARAN REEMBOLSOS DESPUES QUE SE HAIGAN FORMADO LOS

TROFEOS

TROFEOS QUE NO HAN SIDO RECOGIDOS DESPUES DE 30 DIAS SERAN DESECHADOS O DONADOS

SOLICITUDES ESPECIALES

EL PRIVILEGIO DE COLOCAR A NIÑOS EN EL MISMO EQUIPO SOLO PERTENECE A HERMANOS. NUESTRA META ES CONSTRUIR EQUIPOS BALANCEADOS.

UNIFORMES

TODOS UNIFORMES SE ORDENAN ANTES DE LA TEMPORADA. NO PODEMOS GARANTIZAR LA TALLA QUE HAIGA PEDIDO.

Yo, el/la abajo firmante, doy permiso a mi hijo(a), cual nombre aparece arriba, de participar en la liga deportiva en **STATE STREET R.C.** Estoy de acuerdo de mantener inofensivo a la Ciudad de Los Angeles, sus oficiales, agentes/empleados por cualquier lesion que haiga sostenido mi hijo(a) debido a su participacion en la liga/ programa. Entiendo que el parque no tiene aseguranca.

Yo, por la presente autorizo a **STATE STREET RECREATION CENTER** como un agente para el/la abajo firmante para que de el consentimiento a exámenes de Rayos X, anestesico, diagnosticos medicos or quirurgico o tratamiento y cuidado de hospital cual es considerado y aconsejado por, y cual tratamiento sera dado bajo la supervicion general de un un medico autorizado de acuerdo a las estipulaciones del Medical Practice Act o el personal de un Hospital autorzido, ya sea que el diagnostic o tratamiento se lleve acabo en la oficina del medico o el hospital.

Por participar en el programa en STATE STREET RECREATION CENTER, Yo, the el/ la abajo firmante, doy permiso que la CIUDAD DE LOS ANGELES Y EL DEPARTAMENTO DE RECREACION Y PARQUES Y STATE STREET Recreation Center a usar fotografias, videos y testimonios de los participantes para usar en material-es publicos y marketing.

FIRMA DE PADRE/ GUARDIAN: _____ FECHA: _____

CODIGO DE CONDUCTA PARA PADRES**CODIGO DE CONDUCTA PARA PARTICIPANTES**

YO POR LA PRESENTE PROMETO ESTAR A LA ALTURA DE MIS RESPONSABILIDAD COMO PADRE DE UN NIÑO PARTICIPANDO EL EL PROGRAMA DE DEPORTES DEL DEPARTAMENTO DE RECREACION Y PARQUES SIGUIENDO EL CODIGO DE CONDUCTA DE PADRES. PROMETO DEMONSTRAR BUEN ESPIRITU DEPORTIVO. SERE UN MODELO A SEGUIR POSITIVO, ANIMARE A MI HIJO(A) A QUE JUEGE Y SE DIVIERTA, APOYANDO EN EL EQUIPO DE MI HIJO(A) EN VICTORIA O DERROTA. RECORDARE QUE EL JUEGO ES PARA LOS NIÑOS NO LOS ADULTOS & PROVERE UN AMBIENTE COMPRENSIVO. TRATARE A LOS ENTRENADORES, ARBITROS Y ADMINSTRADORES DEL PARQUE DE RECREACION CON RESPETO. YO ENTIENDO QUE AL NO ADHERIRME AL CODIGO DE CONDUCTA PUEDE RESULTAR EN LA EXPULSION DE LA ACTIVAD.

FIRMA DE PADRE _____ FECHA _____

YO POR LO PRESENTE PROMOTE ESTAR A LA ALTURA DE MIS RESPONSABILIDADES COMO PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA DE DEPORTES DEL DEPARTAMENTO DE RECREACION Y PARQUES. YO JUGARE DE ACUERDO A LAS REGLAS Y NO DISCUTIRE NI ME QUEJARE DE LAS DECISIONES DEL ARBITRO. YO TRATARE A LOS ENTRENADORES, ARBITROS Y ADMINISTRADORES DEL PARQUE DE RECREACION CON RESPETO, DE LA MISMA MANERA QUE QUIERO QUE ME TRATEN A MI. RECORDARE QUE SOY UN JUGADO JUVENIL Y QUE EL JUEGO ES PARA MI ENTRETENIMIENTO Y LA MEJORIA DE MIS HABILIDADES. YO ENTIENDO QUE AL NO ADHERIRME AL CODIGO DE CONDUCTA PUEDE RESULTAR EN LA EXPULSION DE LA ACTIVIDAD.

FIRMA DE PARTICIPANTE _____ FECHA _____

OFFICE USE ONLY

RR# _____

AMOUNT _____

RECEIVED BY _____



SPORTS REGISTRATION FORM

REGISTRATION: SPORT CLINIC SPORT LEAGUE



SPORT	DIVISION	CLINIC	UNIFORM SIZE
-------	----------	--------	--------------

PLAYER INFORMATION

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____

MALE FEMALE BIRTHDATE ___ / ___ / ___ AGE: _____ GRADE: _____ SCHOOL: _____

DO YOU HAVE A SIBLING PLAYING IN THE SAME AGE DIVISION? Yes No

IF YES: NAME: _____

SAME TEAM PRIVILIGES WILL ONLY APPLY TO SIBLINGS

PLEASE CHECK ONE:

YOUTH:

SM MED LRG

ADULT:

SM MED LRG

XL XXL

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

PARENT/GUARDIAN: _____ PREFERRED CONTACT METHOD: EMAIL PHONE

ADDRESS: _____ APT# _____ CITY _____ ZIP CODE _____

PHONE: _____ ALTERNATE PHONE: _____ EMAIL: _____

EMERGENCY CONTACT NAME: _____ PHONE: _____

VOLUNTEERS NEEDED. CHECK BELOW IF YOU ARE INTERESTED IN VOLUNTEERING.

COACH ASSISTANT NAME: _____ PHONE NUMBER: _____

LEAGUE POLICIES AND PARENTAL CONSENT

REFUND POLICY	TROPHIES	SPECIAL REQUESTS	UNIFORMS
NO REFUNDS WILL BE ISSUED AFTER THE DRAFT DATE. REFUNDS ARE SUBJECT TO A15%	MUST BE PICKED UP WITHIN 30 DAYS OF END OF LEAGUE TROPHY CEREMONY. UNCLAIMED TROPHIES	SAME TEAM PRIVILEGE ONLY APPLIES TO SIBLINGS. THE GOAL OF WILMINGTON SPORTS PROGRAM IS TO PROVIDE A BALANCED AND COMPETITIVE	ALL UNIFORMS ARE PREORDERED PRIOR TO START OF SEASON. WHILE WE STRIVE TO PROVIDE SIZES REQUESTED, REQUESTED SIZES ARE NOT GUARANTEED

I, the undersigned, give permission for my child, whose name appears above, to participate in the sports league at **EVERGREEN R.C.** I agree to hold harmless the City of Los Angeles, and its officers, agents/employees for any injury to my child as a result of participation in this program. I understand the park carries no insurance.

I, DO HEREBY authorize **EVERGREEN RECREATION CENTER** as agent for the undersigned to consent to X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or specialized supervision of any physician licensed under the provisions of the Medical Practice Act or the staff of a licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

By Participating in the programming at EVERGREEN RECREATION CENTER, I, the undersigned, agree to allow the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks and EVERGREEN Recreation Center to use photographs, video tapes, and testimonials of participants for use in publicity materials.

SIGNATURE PARENT/GUARDIAN: _____ DATE: _____

PARENT CODE OF CONDUCT

PLAYERS CODE OF CONDUCT

I HEREBY PLEDGE TO LIVE UP TO MY RESPONSIBILITIES AS A PARENT OF A CHILD PARTICIPATING IN THE DEPARTMENT OF RECREATION & PARKS SPORTS PROGRAM, BY FOLLOWING THE PARENT'S CODE OF CONDUCT. I PROMISE TO DEMONSTRATE GOOD SPORTSMANSHIP BY BEING A POSITIVE ROLE MODEL, ENCOURAGING MY CHILD TO PLAY AND HAVE FUN WHILE SUPPORTING MY CHILD'S TEAM IN BOTH VICTORY AND DEFEAT. I WILL REMEMBER THAT THE GAME IS FOR CHILDREN AND NOT ADULTS & PROVIDE A SUPPORTIVE ATMOSPHERE. I WILL TREAT COACHES, OFFICIALS, AND RECREATION ADMINISTRATORS WITH RESPECT. I UNDERSTAND THAT NOT ADHERING TO THE CODE OF CONDUCT MAY RESULT IN EXPULSION FROM ACTIVITY.

I HEREBY PLEDGE TO LIVE UP TO MY RESPONSIBILITIES AS A PLAYER PARTICIPATING IN THE DEPARTMENT OF RECREATION & PARKS SPORTS PROGRAM, BY FOLLOWING THE PLAYER'S CODE OF CONDUCT. I WILL PLAY BY THE RULES AND NEVER ARGUE OR COMPLAIN ABOUT THE OFFICIAL'S DECISIONS. I WILL TREAT PARTICIPANTS, COACHES, & RECREATION ADMINISTRATORS WITH RESPECT, AS I WOULD LIKE TO BE TREATED. I WILL REMEMBER THAT I AM A YOUTH SPORTS PLAYER AND THAT THE GAME IS FOR MY ENJOYMENT AND MY SKILL IMPROVEMENT. I UNDERSTAND THAT NOT ADHERING TO THE CODE OF CONDUCT MAY RESULT IN EXPULSION FROM ACTIVITY.

PARENT SIGNATURE _____ DATE _____

PLAYER SIGNATURE _____ DATE _____

OFFICE USE ONLY	RR# _____	AMOUNT _____	RECEIVED BY _____
-----------------	-----------	--------------	-------------------