

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Departamento de Ocio y Parques del Condado de Anne Arundel

1 Harry S Truman Parkway Annapolis, MD 21401 Teléfono: 410-222-7313 / 301-261-8036 [www.aacounty.org/recparks](http://www.aacounty.org/recparks)

## Rellene la siguiente información

Padre/tutor o adulto participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Padre/tutor o adulto participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del participante: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Correo electrónico del padre/tutor o adulto participante:

(Actualizaciones y cancelaciones del programa) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (que no sea el padre/tutor): \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

## INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS PARTICIPANTES	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO A PARTIR DEL 23 DE SEPTIEMBRE	NOMBRE DEL PROGRAMA	NUMERO DEL PROGRAMA	TARIFA

En consideración a la aceptación por parte del Departamento de Recreación y Parques de mi(s) hijo(s) en el programa, estoy de acuerdo en liberar y eximir al Condado de Anne Arundel, sus empleados y agentes de cualquier lesión sufrida por mi(s) hijo(s) como resultado de la participación en este programa. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Condado de Anne Arundel, sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad incurrida como resultado de dicha lesión o pérdida. Queda entendido y acordado que el Condado de Anne Arundel, sus empleados y agentes no pueden ser responsables de ningún agravamiento o lesión causada como resultado de una discapacidad preexistente, incluidas, entre otras, las alergias. Se notificará a Recreación y Parques de cualquier discapacidad/sensibilidad de este tipo por escrito antes de asistir a este programa.

**Los participantes podrán ser fotografiados en algún momento con fines publicitarios.**

Firma del padre/tutor o adulto participante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para garantizar una adaptación adecuada si usted o su hijo han sido identificados con una condición médica, una discapacidad o un plan de necesidades especiales, por favor anote la información en el formulario de inscripción. Póngase en contacto con la Oficina de Inscripciones si tiene preguntas o solicita adaptaciones. Llame al 410-222-7313 o a los usuarios de TTY a través de Maryland Relay 711 o envíe un correo electrónico a [RecRegistration@aacounty.org](mailto:RecRegistration@aacounty.org).

Necesidades especiales/adaptación: \_\_\_\_\_

### Información del segundo beneficiario (si es diferente del padre/tutor)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_