

¡REGISTRECE TEMPRANO!

Complete y entregue por correo o en persona al Departamento de Servicios Comunitarios localizada en el domicilio mostrado debajo de esta pagina. Por favor escriba claramente. (No-Residentes: Para individuos que no viven dentro los limites de la ciudad de Gilroy, por favor asegure calcular el costo de "No Residente" por cada clase.)

INFORMACION DE PARTICIPANTE		INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE DE PAGAR LA MATRICULA					
Apellido		Nombre <i>Complete esta sección si los datos son distintos del participante</i>					
Domicilio							
Ciudad	Estado	Zona Postal	Domicilio				
Teléfono de Hogar	Teléfono de Trabajo/Celular		Ciudad	Estado	Zona Postal		
Teléfono en caso de emergencia	Domicilio Electrónico		Teléfono de Hogar		Teléfono de Trabajo/Celular		
NOMBRE DE PARTICIPANTE (Nombre y Apellido)	FECHA DE CUMPLEANOS	SEXO	GRADO	NUMERO DE ACTIVIDAD	COSTO DE PROGRAMA		
Ayude nuestro programa de becas de recreación para jóvenes que quieren participar en nuestros programas pero tiene dificultades económicas en pagar la matricula. Yo comprendo que esta donación es voluntaria.					\$2.00		
<p>Si es aplicable, podrá indicar su segunda selección en caso que su primera selección de clase esta llena. Por favor indique claramente su segura selección. Indique la medida de camisa para:</p> <p>Legajo de Soccer <u>Joven:</u> Chica Mediana Grande Extra-Grande <u>Adulto:</u> Chica Mediana Grande Extra-Grande</p> <p align="center"><i>*No todas las medidas serán disponible</i></p>							
					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">COSTO TOTAL</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> </table>	COSTO TOTAL	\$
COSTO TOTAL	\$						
<p>Póliza de Reembolsos – Es el gusto de la Ciudad de Gilroy en ofrecer clases y programas de recreación a la comunidad. Si por alguna razón decide no participar en una clase, transferencias y reembolsos serán considerados solamente si los siguiente requisitos son satisfechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases de Contrato/Campos/Clínicas/Sesiones: Reembolsos/Transferencias serán dadas cuando la División de Recreación es notificada por lo menos de siete (7) días antes del empiezo de la primera clase. Un costo de \$10 será requerido por todos reembolsos. • Deportes de Jóvenes: Reembolsos (No Traslados) serán dados cuando la División de Recreación esta notificado antes del primer día de probarse en el equipo, antes que los equipos estén formados y la lista/horario ha sido distribuido, cualquier ocurre primero. Un costo de \$25 será requerido para todos los reembolsos de deportes de jóvenes. • Teatro de Jóvenes: Reembolsos (No Traslados) serán dados cuando la División de Recreación es notificado antes del primer día de ensayos. Un costo de \$10 será requerido para todos los reembolsos de teatro de jóvenes • Reembolsos menos de \$20 serán designados como crédito en su cuenta. <p>PHOTO RELEASE: Yo estoy en acuerdo como participante, padre o guardia legal, de dar permiso al Departamento de Servicios Comunitarios, de tomar fotos, videos, películas o grabaciones para el propósito de publicidad o promoción de mi hijo(s) sin obligación o responsabilidad a mí.</p> <p>WAIVER & RELEASE OF LIABILITY: La persona firmando este documento, en consideración de la participación en este programa, esta de acuerdo en indemnizar y librar de toda responsabilidad al Departamento de Servicios Comunitarios por cualquier lesión que pueda sufrir el participante nombrado en este documento. He leído esta solicitud y el contrato y estoy de acuerdo. Yo entiendo plenamente que asumo todos los riesgos por cualquier posible lesión. He seguido todos los procedimientos para entregar por correo que se indican como Procedimientos de Matricula. Certifico que toda la información es cierta y correcta.</p> <p>FIRMA _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO EN LETRA ESCRITA _____</p> <p>FECHA _____</p> <p>Parentesco al participante (Indique uno) Padre Guardia Legal Participante</p>					<p>No se acepta el registro por fax.</p> <p align="center">Por favor envíe CHEQUES SEPARADOS Para cada clase o sesión (Pague al nombre de "City of Gilroy") a la siguiente dirección:</p> <p align="center">COMMUNITY SERVICES DEPARTMENT Recreation Registration 7351 Rosanna Street Gilroy, CA 95020</p> <p align="center">***** *****</p> <p>¿Tiene alguna incapacidad calificada para la cual necesita acomodaciones? Si su respuesta es "Si," por favor indique las acomodaciones que desea:</p>		
<p>¡ES FACIL EN PAGAR CON SU CARTA DE CREDITO! (Si va usar su carta de crédito-Por favor indique completamente toda su información)</p> <p>Yo autorizo el uso de mi: ___ MasterCard ___ Visa ___ Discover Numero de la tarjeta # _____</p> <p>Escriba el nombre del poseedor de la tarjeta _____ Fecha de expiración: Mes _____ Año _____</p> <p>Firma _____</p>							