



# Yakima Parks & Recreation Youth Program Registration Form 2024-2025 Washington Fruit Community Center

Child's Name: \_\_\_\_\_ Male or Female Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Name of School \_\_\_\_\_

**CONTACT PARENT/GUARDIAN 1**  
 Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
**Email:** \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_  
 Cell Phone: \_\_\_\_\_ Wk Phone: \_\_\_\_\_  
 Other Authorized Adult in household: Name: \_\_\_\_\_  
 Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**CONTACT PARENT/GUARDIAN 2**  
 Last Name: \_\_\_\_\_  
 First Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Home Phone: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_  
 Cell Phone: \_\_\_\_\_ Wk Phone: \_\_\_\_\_  
 Other Authorized Adult in household: Name: \_\_\_\_\_  
 Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name other than Parent (Must be in town): \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Name of Family Physician \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_

Medications Being Taken \_\_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_\_

Are there any physical, psychiatric, behavioral, emotional, or developmental concerns staff should be aware of? If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Name(s) of person(s) authorized to pick up your child: \_\_\_\_\_

Instructions for your child's arrival & departure: \_\_\_\_\_

Other information \_\_\_\_\_

Parents must disclose any conditions that might be classified under the heading "Special Needs" before enrollment. Your child should have no emotional, developmental or behavioral issues that require constant or more than usual attention from staff. Special needs can include: Extreme ADD/ADHD, Asperger Syndrome, mild to severe Autism, and other behavioral or medical conditions. Our staff will provide reasonable accommodations for these conditions.

**For program funding and grant purposes please provide the following information.**

**What is your annual combined household income currently?**

<input type="checkbox"/> \$5,000 or less	<input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<b>What is your ethnic origin? Please check all that apply.</b>	
<input type="checkbox"/> \$5,001-\$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,001-40,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000	<input type="checkbox"/> African American	<input type="checkbox"/> Native American
<input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000	<input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$70,001-\$100,000	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Pacific Islander
		<input type="checkbox"/> More than \$100,000	<input type="checkbox"/> Latino/Hispanic	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other

**Authorization for child to view "G" and "PG" rated videotapes**

I give my permission for my child to view "G" and "PG" rated videotapes at Beyond the Bell Yes \_\_\_ No \_\_\_

FYI: Staff does not require photo I.D. for child's departure

**Parental Consent:**

I/We the parent(s) or legal guardian(s) of the above mentioned child, a minor born on the above mentioned date, for the purpose of enabling said minor to fully participate without restriction in any City of Yakima Parks and Recreation activity do hereby consent to such participation. I/We do further understand and agree that in the event the minor named above sustains injury or damage to his/her person, this consent shall constitute a bar to any recovery by me/us and may be employed as a full and complete defense to any claim for said injury or damage which may be brought against City of Yakima and all directors, officials, sponsors, agents, or employees of the organization named heretofore. I freely and voluntarily give my consent herein.

**Medical Treatment Consent:**

I/We, the parent(s) or legal guardian(s) of the above mentioned child, a minor born on the above mentioned date, do hereby give my/our consent, in the event all reasonable attempts to contact me/us at the above mentioned phone number, have been unsuccessful, for any and all emergency medical attention and/or first aid deemed necessary to be rendered to said minor child, in the event said minor child sustains injury while participating in programs of the City of Yakima. I/We agree that the supervisor of the minor child's after school site may exercise his/her discretion in selecting a place of medical treatment if necessary.

**Rules, Expectations & Discipline Procedures**

I have read and understand the rules, expectations and discipline procedures for this program and agree that my child and I will abide by these rules, expectations and discipline procedures.

**Publicity Release Consent**

I also give permission for City of Yakima Parks and Recreation to use my child's name, picture and voice for promotional purposes.

By allowing your child to participate in these activities, you are accepting the risk of an accident occurring, and agree that these activities are suitable for your child, and I understand that my child may be exposed to certain risks while participating in these activities. Yes \_\_\_ No \_\_\_

_____ Parent/Guardian Signature	_____ Date
------------------------------------	---------------



# Parques y Recreación de Yakima

## Forma de registro para el programa de juventud 2024-2025

### Washington Fruit Community Center

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Niño o Niña Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

<b>CONTACTO PADRE/TUTOR 1</b>	
Apellido: _____	Nombre: _____
Dirección _____	
<b>Correo Electrónico:</b> _____	
Teléfono de casa: _____	Celular: _____
Trabajo: _____	Teléfono de Trabajo: _____
Otra persona adulta autorizada: Nombre: _____	
Relación: _____ Teléfono: _____	

<b>CONTACTO PADRE/TUTOR 2</b>	
Apellido: _____	Nombre: _____
Dirección _____	
Teléfono de casa _____	Celular: _____
Trabajo: _____	Teléfono de Trabajo: _____
Otra persona adulta autorizada: Nombre: _____	
Relación: _____ Teléfono: _____	

Nombre de contacto de emergencia (debe estar en la ciudad): \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Medicamentos del menor \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Nombre(s) de persona(s) autorizada(s) para recoger su niño: \_\_\_\_\_

Instrucciones para la llegada y salida de su hijo: \_\_\_\_\_

Otra información \_\_\_\_\_

**Los padres deben revelar las condiciones que pueden ser clasificadas bajo el título de "Necesidades Especiales" antes de la inscripción. Su niño no debe tener ningún problema emocional, de desarrollo o problemas de conducta que requiera más atención de lo normal del personal. Necesidades especiales pueden incluir: ADD/ADHD, síndrome de Asperger, leve autismo a severo, y otras condiciones médicas o comportamiento. Nuestro personal proporcionará acomodaciones razonables para estas condiciones.**

**Para fines de financiamiento y subvención del programa, por favor proporcione la siguiente información.**

**¿Cuál es su ingreso familiar combinado anual actualmente?**

<input type="checkbox"/> \$5,000 o menos	<input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000	<b>¿Cuál es su origen étnico? Marque todas las que aplican.</b>	
<input type="checkbox"/> \$5,001-\$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,001-40,000	<input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano
<input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000	<input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000	<input type="checkbox"/> \$70,001-\$100,000	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico
		<input type="checkbox"/> Más de \$100,000	<input type="checkbox"/> Latino/Hispano	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro

#### **Autorización para que su niño pueda ver videocintas clasificados "G" y "PG"**

Doy mi permiso para que mi hijo/a pueda ver videocintas clasificados "G" y "PG" en el programa Beyond the Bell **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**PARA SU INFORMACION: El personal no requiere identificación con foto para la salida del niño/a**

**Forma de consentimiento del padre:**

Yo/nosotros, el/los padre(s) o guardián legal del niño mencionado arriba, el menor nacido la fecha mencionada arriba con el objetivo de que el menor pueda participar completamente en todas las actividades en cualquier sitio de Parques y Recreaciones de Yakima, doy/damos el permiso para que mi hijo/a participe. Yo/nosotros comprendemos totalmente y estoy/estamos de acuerdo que en caso de que mi hijo/a sea lastimado/a o se haga daño a su persona, este consentimiento constituye que la organización, la ciudad de Yakima, todos los directores, oficiales, gerentes y empleados no podrán ser demandados y no se harán cargo de ningún daño que le ocurra al menor. Yo voluntariamente doy mi consentimiento.

**Forma de consentimiento de tratamiento médico:**

Yo/nosotros, el/los padre(s) o guardián legal del niño mencionado arriba, el menor nacido en la fecha mencionada arriba, doy/damos permiso de ser contactados al número mencionado arriba y que mi hijo/a sea llevado/a al hospital en caso de emergencia o sea atendido con primeros auxilios mientras participe en el programa. Yo/nosotros acordamos que el supervisor de mi hijo/a del programa después de escuela ejerce su discreción seleccionando un lugar de servicio médico si es necesario.

**Reglas, expectativas, y los procedimientos de disciplina:**

Yo he leído y comprendo las reglas, expectativas, y los procedimientos de disciplina para este programa y estoy de acuerdo que mi niño/a y yo cumpliremos con todas estas reglas, expectativas, y los procedimientos de disciplina.

**Forma de permiso de publicidad**

Yo doy permiso al departamento de parques y recreación de la ciudad de Yakima para usar el nombre, foto y voz de mi niño/a para objetivos de publicidad.

Dando consentimiento a su hijo/a para participar en esta actividad usted acepta el riesgo de que un accidente ocurra y esta de acuerdo que la actividad es apropiada para su hijo/a. Yo comprendo que mi hijo/a puede ser expuesto a ciertos riesgos mientras participa en la actividad. **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

_____ Firma del padre	_____ Fecha
--------------------------	----------------