



YOUTH & FAMILY SERVICES

970.668.9183 ph | 970.668.9188 f

www.SummitCountyCO.gov

Formulario Informativo de Inscripción a The Drop (Summit County Teen Center) 2020/2021

Primer Nombre del Miembro _____ Apellido del Miembro _____

Fecha de Nacimiento del Miembro _____ Tel Personal del Miembro _____

Etnicidad (Circule): Afroamericano Asiático Caucásico Latino Otro

Problemas Médicos / Alergias _____

Compañía de Seguro del Miembro _____ Número de Póliza _____

Médico Primario _____ Tel de Médico _____

Dirección Física _____

Dirección Postal _____

Contacto de Emergencia Primario _____

Número de Contacto de Emergencia _____

Nombre Padre/Madre/Guardián _____ Apellido Padre/Madre/Guardián _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Nombre Padre/Madre/Guardián _____ Apellido Padre/Madre/Guardián _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Nombre Padre/Madre/Guardián _____ Apellido Padre/Madre/Guardián _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Nombres y Teléfonos de Dos Otras Personas cuales podemos contactar en caso de Emergencia:

1) _____ 2) _____

En la consideración de estar permitido el miembro a asistir y participar en eventos en The Drop (Summit County Teen Center), estoy de acuerdo en liberar, renunciar, acordar y convenir de no demandar al Condado de Summit por lesiones o daños sufridos por el Miembro. También estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados con la participación del Miembro en las actividades y / o eventos de The Drop (Summit County Teen Center). Yo entiendo que dichas actividades especiales pueden ocurrir dentro de un radio de cinco millas del Teen Center. Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener indemne al Condado de Summit , tanto colectivamente como individualmente, además de sus respectivos agentes, funcionarios electos, oficiales, directores, propietarios, contratistas, voluntarios y otros empleados (conjuntamente las "Partes Liberadas"), de cualquier y todas las acciones de responsabilidad, causas de acción, deudas, reclamos y demandas de todo tipo y naturaleza que puedan surgir durante el transcurso o como resultado de la asistencia del Miembro en The Drop (Summit County Teen Center).

Le doy autorización al The Drop (Summit County Teen Center) de utilizar fotografías de mi hijo(a) tomados durante su participación en los programas y facilidades del The Drop (Summit County Teen Center) y renuncio a todos los derechos de compensación por dicho uso.

Escriba sus iniciales a la par de la opción que usted escoja: Si _____ No _____

Firma de Padre/Madre/Guardián _____ **Fecha** _____

(Si el miembro es menor de 18 años)

Yo accedo a cuidar del The Drop (Summit County Teen Center) y su Propiedad. Yo he recibido y he leído el Manual de Miembro. Yo cumpliré las reglas y expectativas del Teen Center en todo momento.

Firma del Miembro _____ **Fecha** _____