



SALINAS POLICE ACTIVITIES LEAGUE

100 Howard St, Salinas, CA 93901 (831) 512-1900

APLICACIÓN DE PARTICIPANTE

Nueva aplicación Renovación

Los padres **deben** completar este formulario para que su hijo/a **participe** en cualquier actividad de Salinas PAL. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial y solo se utilizará para obtener fondos.

Información del niño/a participante: Género: Hombre Mujer Otro | Discapacitado/a: Sí No

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
			/ /

Domicilio	Ciudad	Código Postal	Número de teléfono
			() -

Nombre de escuela	Grado	Alergias	Necesidades Especiales

Demografía - Seleccione su raza Y etnicidad. Esto ayuda a garantizar fondos.

Raza (marque al menos uno)	Etnicidad (seleccione uno)	Tamaño de hogar	Ingresos de hogar
<input type="radio"/> Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="radio"/> Asiático/a <input type="radio"/> Negro/a o Afroamericano/a <input type="radio"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco	<input type="radio"/> Hispano o Latino <input type="radio"/> No Hispano o Latino	¿Cuántas personas viven en su hogar? _____	¿Cuál es su ingreso anual del hogar? Por favor marque uno. <input type="checkbox"/> 0 - 30k <input type="checkbox"/> 30k - 80k <input type="checkbox"/> 80k - 120k <input type="checkbox"/> Over 120k

Padre o Guardián principal | Género: Hombre Mujer Otro | Discapacitado/a: Sí No

¿Responsable principal del hogar? Sí No

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
			/ /

Teléfono de casa	Teléfono Celular	Correo electrónico
() -	() -	

Contacto de emergencia | Género: Hombre Mujer Otro | Discapacitado/a: Sí No

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
			/ /

Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Correo electrónico
() -	() -	

Información médica

Aseguradora	Número de póliza	Doctor	Teléfono de doctor
			() -

Hospital preferido	Condiciones medicas	Medicinas requeridas

Programas y actividades de interés: Por favor, consulte la lista completa en salinaspal.org

Mi hijo/a está interesado/a en:	
--	--

SPAL Reglas

1. Mi hijo(a) seguirá todas las reglas y regulaciones para la actividad o programa.
2. Las reglas de seguridad siempre serán respetadas por mi hijo(a) y yo.
3. Mi hijo(a) jugará en la posición asignada y dará su mejor esfuerzo para el equipo.
4. Nos mantendremos alejados del campo de juego durante los partidos y no interferiremos con los jugadores.
5. No dañaremos ni vandalizaremos ninguna propiedad o equipo.
6. Respetaremos las decisiones de los oficiales del juego, entrenadores o chaperones y actuaremos de manera deportiva.
7. Nos abstendremos de usar lenguaje obsceno.
8. Mi hijo(a) permanecerá con el equipo hasta que sea debidamente liberado.

Política de conducta y pandillas

Tenemos una estricta política contra la conducta indebida y la participación en pandillas criminales en nuestros eventos. Esto incluye no pelear, comportamiento lascivo o lenguaje obsceno. Los miembros o afiliados a pandillas, identificados por tatuajes o ropa, serán removidos.

Consentimiento del padre / Guardian

Apruebo la participación de mi hijo/a en las actividades de SPAL y entiendo los riesgos asociados. Renuncio, absuelvo, indemnizo y eximo de responsabilidad a SPAL, sus asociaciones y organizadores, de cualquier reclamo derivado de la participación de mi hijo/a, incluido el transporte hacia y desde las actividades.

Autorización para uso de fotografías y videos

Entiendo que se pueden tomar fotografías mías o de mi hijo/a durante las actividades de SPAL. SPAL puede usar estas fotografías para publicidad, propaganda y otros fines legítimos sin cargo y con o sin nuestros nombres.

Consentimiento expreso para tratamiento médico

Autorizo el tratamiento médico de emergencia por parte de un médico o dentista titulado para el bienestar de mi hijo/a, sin importar las condiciones.

Padre/Guardian Firma(s)

Como padre/guardian legal del participante mencionado anteriormente, he leído y entendido lo anterior, las reglas de SPAL, la política de conducta y pandillas, el consentimiento del padre/tutor, la autorización para uso de fotografías y videos, y el consentimiento expreso para tratamiento médico. Al firmar esta solicitud, reconozco las afirmaciones anteriores y otorgo permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades oficialmente reconocidas de la Liga de Actividades Policiales de Salinas.

Nombre imprimido del padre

Firma del padre

Fecha

Al escribir/firmar mi nombre en este formulario, acepto cumplir con las reglas y regulaciones establecidas en esta solicitud.

Salinas PAL no discrimina por discapacidad bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o sus regulaciones. Comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de la ADA para consultas sobre estas regulaciones.