



Excellencia de Academicos · Boxeo · Cheerleading · Baille · Gimnasia · Judo ·  
Gimnasia Ritmico · Futbol · Levantamiento de Pesas · Tae Kwon Do · Lucha

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Member Name—Please Print Clearly

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### Liberación

#### Liberación de responsabilidad

- A. El abajo firmante reconoce que el uso del equipo y las instalaciones del Pequeño Club "C" Atlético d.b.a. El Centro de Juventud de Comunidad (CYC) implica un riesgo de daño físico incluso esto causado por la negligencia de él o ella o CYC, sus agentes, y empleados. El abajo firmante por este medio acuerda a asumir este riesgo de la herida en su totalidad sin tener en cuenta la causa.
- B. El abajo firmante por este medio voluntariamente y siempre libera, descarga, renuncia y abandona alguno y todas las acciones, causa a fo la acción, o reclama para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta que ocurre a él o ella, contra CYC, sus agentes y empleados que provienen de su uso de las instalaciones. El abajo firmante adelante abandona cualquier acción, las causas de la acción, o reclamaciones que pueden levantarse a continuación, y convienen que de ninguna manera van a él o ella presenta cualquier reclamación para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta contra CYC, sus agentes, empleados, levantándose hacia fuera su uso de las instalaciones.
- C. El abajo firmante por este medio voluntariamente y siempre libera, descarga, renuncia y abandona alguno y todas las acciones, causa a fo la acción, o reclama para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta que ocurre a él o ella, contra CYC, sus agentes y empleados que provienen de su uso de las instalaciones. El abajo firmante adelante abandona cualquier acción, las causas de la acción, o reclamaciones que pueden levantarse a continuación, y convienen que de ninguna manera van a él o ella presenta cualquier reclamación para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta contra CYC, sus agentes, empleados, levantándose hacia fuera su uso de las instalaciones.
- D. Esto es la intención del abajo firmante, por este instrumento, eximir y aliviar CYC, sus agentes y empleados de la responsabilidad de herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta causada por su negligencia.
- E. El abajo firmante autoriza además CYC para fotografía o video durante las actividades del participante y/o Excursiones y el uso de nuestra fotografía (s) o video (s) en folletos, periódicos, u otros medios de comunicación que describe o representa CYC.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

CYC Empleado: \_\_\_\_\_

#### Liberacion de Padre / Madre

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre/madre o tutor de \_\_\_\_\_ y ejecuto esta liberacion por su medio.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padres: \_\_\_\_\_

Telefono de Dia: \_\_\_\_\_

De donde voistes de nosotros? Periodico <input type="checkbox"/> Pagina de Electronico <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Evento Especial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
---



**Hoja de informacion y liberacion medica:**

_____		_____	_____
Apellido	Primero	Iniciales	
_____		_____	_____
Direccion	Ciudad	Estado	Codio Postal
_____		_____	
Telefono	Fecha De Nacimiento	Escuela del nino	
Email: _____		Sexo (Circule uno):	Masculino      Femenino

**La Informaion del Contaco de la emergencia:**

1. \_\_\_\_\_

Nombre	la Relacion	Direccion
_____	_____	_____
Telefono de Dia	Telefon de Noche	Telefono de Celular

2. \_\_\_\_\_

Nombre	la Relacion	Direccion
_____	_____	_____
Telefono de Dia	Telefon de Noche	Telefono de Celular

**El Medico de Estudiantes:**

_____	_____	_____
Nombre	Direccion	Telefono

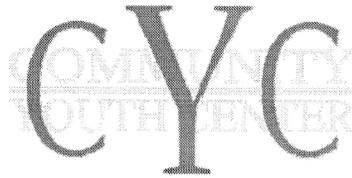
**El Seguro:**

_____	_____	_____
La compania	El Numero de la Poliza de seguros	Telefono

A Quien corresponda:  
 Esta debe certificar que yo, el padre o el guarda de \_\_\_\_\_, que es un miembro del centro de Juventud de Comunidad, por este medio conceden el permiso al gerente adulto, coche, o personal de CYC obtener la asistencia medica de cualquier medico autorizado, hospital, o clinica medica para el jugador llamado aui en tales tiempos como el guarda paternal o legal no puede ser puesto en contacto en la persona o por telefono. Esta autorizacion incluire todas las actividades CYC, incluso el periodo requerido para viajar a y de aquellas actividades; y renuncio, liberan, exoneran, indemnizan y acuerdan a sostener inocuo el Centro de Juventud de Comunidad, sus organizadores, supervisors, partipantes, y personas que transportan al estudiante a un de aquellas actividades, y de cualquier reclamacion que proviene de una herida al estudiante.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ La Relacion: \_\_\_\_\_

He recibido y leído una copia de la CYC Normas de Conducta: Iniciales: \_\_\_\_\_



# Cuestionario De La Salud

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ in. Peso: \_\_\_\_\_ lbs. Edad: \_\_\_\_\_

Mombre de Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE PREPARACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICO

SI NO

- 1 ¿Ha dicho alguna vez el doctor del estudiante que el/ella tienen una condición cardíaca y que sólo deberían realizar actividades físicas recomendadas por un doctor?
- 2 ¿Siente alguna vez él/ella un dolor en su pecho cuándo realiza actividades físicas?
- 3 ¿En el mes pasado, ha tenido él/ella dolor de pecho cuándo realizaba alguna actividad física?
- 4 ¿Pierde el equilibrio él/ella debido al mareo o ha perdido alguna vez el conocimiento?
- 5 ¿Tiene él/ella algún problema con los huesos o conjuntos que podría empeorar por un cambio de actividad física?
- 6 ¿Esta el doctor de el/ella prescribiendo alguna medicación para la tensión arterial o para una condición cardíaca?
- 7 ¿Sabe usted de alguna otra razón por qué él/ella no debería participar en actividades físicas?

## GENERAL & MEDICAL QUESTIONNAIRE

- 8 ¿Participa el estudiante en otras actividades recreacionales (fútbol, tenis, natación, etc.)?    
(Si, si, por favor de explicar.)

- 9 ¿Ha tenido alguna vez el estudiante algún dolor o heridas (tobillo, rodilla, cadera, atrás, hombro, etc.)?    
(Si sí, por favor explique.)

- 10 ¿Ha tenido alguna vez el estudiante alguna cirugía? (Si sí, por favor explique.)

- 11 ¿Esta el estudiante tomando alguna medicación? (Si sí, por favor ponga en una lista.)

- 12 ¿Tiene el niño alguna historia de asimientos, desmayo, o otras condiciones neurológicas?

- 13 ¿Alguna vez ha sido diagnosticado su niño con Autismo?

- 14 ¿Alguna vez ha sido diagnosticado su niño con AÑADEN o ADHD?

- 15 ¿Hay alguna otra limitación, necesidad especiales, o alojamientos que su niño puede necesitar?    
(Si sí, por favor explique.)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Revisión Demográfica

La siguiente revisión es opcional; sin embargo su participación es valiosa para las estadísticas de CYC. Toda información es confidencial y será bien almacenada. La información que usted proporcione no será vendida o usada para algo más aparte de reunir estadísticas para CYC. Por favor sólo complete una aplicación por familia.

Nombre \_\_\_\_\_ ¿Anfitrión de casa?  Si  No

Ciudad de residencia \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de personas que viven en casa \_\_\_\_\_ (incluyéndose usted)

Ingreso total \$ \_\_\_\_\_ por ano

¿Cómo escuchaste de CYC? \_\_\_\_\_

## PERTENENCIA ÉTNICA DE CATEGORÍAS DE RAZA

Según: OMB 1997 Estándares y Oficina de Censo estadounidense, 2000 Censo de Población, Derecho Público 94-171.

Raza	Compruebe Sólo Una Categoría de Raza	Compruebe si también es hispano
1 Natural de Alaska o Amerindio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Americano Negro o Africano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hawaiano Natal u Otro Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Amerindio o Alaska Natal y Blanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Asiático y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Negro o Africano americano y Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Amerindio o Alaska Americano Natal y Negro o Africano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Equilibrio/Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué programas están sus niños participando o interesados en Participar en CYC?

Academia  Boxeo  Porrista  Danza  Gimnasia  Judo  Actividades del Campo

Gimnasia Rítmica  Acondicionamiento Específico  Taekwondo  Lucha

¿Que día de la semana y tiempo mejor satisface las necesidades de su familia?

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo

8 – 10AM  10 – 12PM  12 – 2PM  2 – 4PM  4 – 6PM  6 – 8PM  8 – 10PM