

# REGISTRATION FORM

Please print and fill out completely. Proof of Santa Monica residency is required for resident rate. Please include a copy of current utility bill and photo ID.

## Participant Information

Full Name First \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_

Male  Female Birth Date \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Homeroom \_\_\_\_\_

Check if this is a new address, phone number or e-mail address

Custodial Parent Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone ( ) \_\_\_\_\_ Work Phone ( ) \_\_\_\_\_

Cell Phone ( ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Special Needs / Medications \_\_\_\_\_

Cultural / Ethnic Background (optional) \_\_\_\_\_

## Payee Information (person paying for registration)

Full Name (First and Last) \_\_\_\_\_

Driver's License \_\_\_\_\_

Check if this is a new address, phone number or e-mail address  
*Complete if different than participant:*

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone ( ) \_\_\_\_\_ Work Phone ( ) \_\_\_\_\_

Cell Phone ( ) \_\_\_\_\_ E-mail Address \_\_\_\_\_

### For office use only

Date \_\_\_\_\_ Check \_\_\_\_\_ Receipt \_\_\_\_\_

## SECTION A: Activities

List choices for classes only.

Session Number	Class / Activity Name*	1st Choice		2nd Choice		3rd Choice		Fee**
		Day	Time	Day	Time	Day	Time	
<b>Total Fees</b>								

\* Includes camps, child care, classes and workshops \*\* Santa Monica residents, please include copy of current utility bill and photo ID

**Refund Policy:** Workshops, Camps and CREST Child Care (4th and 5th graders): Refunds issued only with medical documentation. A \$15.00 cancellation fee applies. Requests must be made in writing to the program supervisor, in person, or by fax, mail or email.

Classes: refunds issued only if requested within one working day after the 1st class meeting. A \$15 processing fee will be deducted for each refund. Requests must be made in writing to program supervisor, in person, or by fax, mail or email.

## SECTION B: Release Authorization

Please list LOCAL adults over age 18 that we are authorized to release your child to in the event that you cannot be reached during an emergency.

Name	Relationship	Phone Number
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

My child may sign himself/herself in or out of camp at the end of the program day (My child must be at least 12 years old).  YES  NO

## SECTION C: Form of Payment

Check (For each activity, please make separate checks payable to City of Santa Monica.)

Money Order

Credit Card (check one)  MasterCard  Visa  Discover

Exp. Date: \_\_\_\_\_  
Mo. \_\_\_\_ / Yr. \_\_\_\_

Cardholder's Signature \_\_\_\_\_

Youth Financial Assistance (To apply call 458-8540.)

**Mail registration form to:**  
City of Santa Monica  
Attn: Registration  
1133 7th Street  
Santa Monica, CA 90403



**Or fax registration form with credit card info to:**  
(310) 451-3569

**WAIVER, RELEASE AND ASSUMPTION OF RISK** In consideration of the applicant's participation in the above activity, I waive and release all claims for damages for death, personal injury or property damage that may occur as a result of engaging in that activity. This discharges in advance the City of Santa Monica, its employees and other agents from liability even though that liability may arise out of their negligence. I know that this activity involves a risk of accidents, and I willingly assume the risk. This waiver, release and assumption of risk is binding on my heirs and assigns. I give permission for any medical care that the leaders of the above deem necessary.

**PHOTO RELEASE** I hereby consent to the photographing, recording or reproduction in any other manner (including use of videotapes and audiotapes) of the likeness, voice and/or activities of the participant and further authorize the City of Santa Monica, its agents or assigns, to make unlimited use of such reproductions, including, but not limited to broadcasting to the public of the reproductions over radio and television stations. I understand that I will not receive any monetary compensation now or in the future for participating. I do hereby release and hold harmless the City of Santa Monica, its officers and employees, from any claims.

Check the appropriate box, sign, date and print your name below:  Parent  Legal Guardian

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

# F O R M A D E R E G I S T R A C I Ó N

Favor de escribir con letra de molde y llenar completamente. Para pagar cuota de residente, se requiere un comprobante para verificar que ud. es residente de Santa Monica. Favor de incluir una copia de un cobro de utilidades corriente y de una identificación con foto.

## Información del participante

Nombre completo (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer      Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_      Edad \_\_\_\_\_      Grado \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_      Salón \_\_\_\_\_

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo

Nombre de tutor legal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_      Estado \_\_\_\_\_      Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (    ) \_\_\_\_\_      Teléfono del trabajo (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (    ) \_\_\_\_\_      Dirección del correo electrónico \_\_\_\_\_

Necesidades especiales/medicamento \_\_\_\_\_

Grupo étnico (opcional) \_\_\_\_\_

## Información del pagador (La persona que está pagando por la registración)

Nombre (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Licencia de conducir \_\_\_\_\_

Marque aquí si esta dirección, teléfono o correo electrónico es nuevo  
*Complete esta sección si la información es diferente a la del participante.*

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_      Estado \_\_\_\_\_      Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (    ) \_\_\_\_\_      Teléfono del trabajo (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (    ) \_\_\_\_\_

Dirección del correo electrónico \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha: \_\_\_\_\_ Cheque: \_\_\_\_\_ Recibo: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A: Actividades

*Sólamete indica las opciones para clases.*

Número de la sesión	Nombre de la actividad*	1a Opción		2a Opción		3a Opción		Cuota**
		Día	Hora	Día	Hora	Día	Hora	
<b>Total de cuotas</b>								

\*incluye campos, cuidado de niños, clases y talleres    \*\* Residentes de Santa Monica: incluya una copia de ultima cuenta de luz/gas reciente y una identificación con foto.

**Reembolso de fondos:** Talleres, Campos y Cuidado de Niños del Programa CREST (alumnos de 4to y 5to grado) - Sólo se darán reembolsos con una documentación médica. Los reembolsos serán cuotizados. Es aplicable una cuota de cancelación de \$15.00. Esto se debe solicitar por escrito al supervisor del programa en persona o por fax, por correo, o por correo electrónico.

**Clases:** Reembolsos serán proveidos solo si son pedidos dentro de un día despues de la primera clase. Se cobrara \$15 para procesar su reembolso. Pedidos tendran que ser recibidos por escrito al supervisor del programa, en persona, por fax, correo electronico o correo postal.

## SECCIÓN B: Permiso de Autorización

**Por favor indica los nombres de personas adultas autorizadas a recoger a su hijo/a en el caso que usted no pueda ser contactado o caso de emergencia.**

Nombre	Relación	Numero de Telefono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Mi hijo/a se puede firmar la entrada o salida al final del día programado (Mi hijo/a tiene por lo menos 12 años).  SI  NO

## SECCIÓN C: Forma de Pago

Cheque (haga cheque separado para cada actividad, haga el cheque a nombre *City of Santa Monica*.)

Giro postal

Ayuda financiera juvenil (adjunte carta de aprobación) Llame al 458-8540.

Tarjeta de crédito (marque una con círculo)     MasterCard     Visa     Discover

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_  
Mes \_\_\_\_\_ / Año \_\_\_\_\_

Firma del tenedor \_\_\_\_\_

### Envíe la solicitud de registración a:

City of Santa Monica  
Attn: Registration  
1133 7th Street  
Santa Monica, CA 90403



**Envíe la solicitud por fax (con la información de su tarjeta de crédito) al: (310) 451-3569**

**RENUNCIA, CESIÓN Y TOMA DE RESPONSABILIDAD** En consideración a la participación del solicitante en la actividad arribamencionada, yo renuncio a y descargo todo reclamo por daños que resulten a causa de muerte, daño corporal, o daños a la propiedad que puedan ocurrir como resultado de haber participado en tal actividad. Esto desobliga por anticipado a la Ciudad de Santa Mónica, a sus empleados y otros agentes, de cualquier responsabilidad aunque esa responsabilidad resulte por negligencia de ellos. Yo sé que esa actividad involucra un riesgo de accidentes, y yo estoy dispuesto a asumir el riesgo. Esta renuncia, cesión y toma de responsabilidad es obligatoria e incluye a mis herederos y cesionarios. Doy permiso para que se dé cualquier cuidado médico que los líderes del equipo arribamencionado determinen sea necesario.

**PERMISO PARA FOTOGRAFIAR** Por la presente doy permiso a que se tomen/hagan fotografías, grabaciones o reproducciones de cualquier otro tipo (inclusive el uso de grabación por video o audio) de la imagen, voz y/o las actividades del participante y además autorizo a la Ciudad de Santa Mónica, sus agentes o cesionarios, a que usen sin límite tales reproducciones, inclusive, pero no limitado a la emisión al público de tales reproducciones por las estaciones de radio y televisión. Entiendo que no recibiré ninguna compensación monetaria ahora, o en el futuro por haber participado. Por la presente renuncio y dejo a salvo a la Ciudad de Santa Mónica, a sus oficiales y empleados, de cualquier reclamo.

Marque la caja apropiada, firme, escriba la fecha y su nombre con letra de molde abajo:     Padre/Madre     Tutor legal

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba su nombre con letra de molde \_\_\_\_\_