

Oxnard PAL Membership Form



Oxnard Police Activities League

"The Bond Between Cops and Kids"

Mailing Address: 555 South A Street Suite # 265, Oxnard CA 93030

Campus Address: 350 South K Street at Campus Park, Oxnard, CA 93030 (Old Oxnard High School)

(805) 385-8230 • Fax (805) 487-6975

www.oxnardpal.org

Confidencialidad: Cualquier información confidencial requerida es para nuestros archivos y para ayudar a nuestra organización para aplicar y recibir fondos para nuestro programa. Su respuesta será completamente confidencial. Su cooperación en proveer esta información es apreciada y necesaria. Gracias.

INFORMACION DEL MIEMBRO (La membresía es gratis y deberá ser renovada cada años en diciembre.)

Apellido del Miembro: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono De Casa: _____ Dirección Electrónica: _____

Sexo: H M Fecha De Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

grupo étnico:

Blanco African American Hispano Otro

Asiático Nativo Indio de las islas de pacifico

Seguro Medico: _____ Numero de Póliza: _____

Medico Familiar: _____ Teléfono del Medico: () _____

Incapacidades/Problemas/Alergias/Medicamentos/Historia Medica: _____

¿Este niño/a puede nadar? Si No

Come te enteraste de este programa? _____

Información de los padres o guardianes

Apellido de padre o Guardian: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Código Postal: _____

Telefono de casa: () _____ Trabajo:() _____ Celular: () _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Apellido de Segundo padre o Guardian: _____ First Name/Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: () _____ Trabajo:() _____ Celular: () _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Ingresos Anuales:

- menos de \$9,000
- \$9000 - \$12000
- \$12001 - \$15000
- \$15001 - \$19000
- \$19001 - \$23000
- \$23001 - \$28000
- \$28001 - \$32700
- \$32701 - \$37500
- \$37501 - \$42000
- \$42000 and above

Favor de Marcar Todo lo que aplique:

- TANF
- General Assistance
- Food Stamps
- WIC
- SSI
- SSDI
- Day Care Voucher
- School Lunch Program
- Medicaid
- Medi-Cal
- General Relief
- Veteran's Compensation

Tipo Familiar:

- padre soltero
- dos padres
- guardian
- Adoptivo
- otro: _____

Miembros de Familia en casa:

He leído y completado la aplicación, y requiero que mi hijo/a sea aceptado como miembro de Oxnard PAL. Yo estamos de acuerdo que Oxnard PAL y La Ciudad de Oxnard no serán responsables por ningún accidente o heridas sostenidas durante el tiempo que mi hijo/a este participando en cualquier actividad de PAL, aun cuando sea en los terrenos de PAL, en la propiedad de La Ciudad de Oxnard, o en cualquier forma que Oxnard PAL las Quiera usar.

Firma de Padre o Guardián

Firma del Miembro

Fecha

Signed Waiver? Yes No PAL ID Issue Date: _____ By: _____ PAL Member #: _____



Ciudad de Oxnard
Descargo de Responsabilidad y Consentimiento
para Tratamiento Médico a un Menor
(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre del menor: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre (s)

Dirección/Ciudad/Zip: _____

Padre/Madre o Guardián: _____
Apellido Nombre(s)

Teléfono: (____) _____ Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Nombre de la Actividad: PAL Fecha de la Actividad: _____

Escuela o Equipo: _____

Yo, el/la infrascrito, por medio de la presente doy permiso que el menor bajo mi custodia arriba mencionado, participe en la actividad descrita ("la actividad") y por este medio renuncio, libero y descargo a todos y cada uno de los derechos a demanda o reclamación que pueda yo tener por daños por muerte, agravio o daños a propiedad, o derecho de acción que pueda devengar como resultado de la participación del menor en la actividad. Esta renuncia tiene como objeto liberar por adelantado, a los promotores, patrocinadores, oficiales, el Oxnard Police Activities League (PAL), la Ciudad de Oxnard, o cualquier entidad pública, sus agentes y sus empleados, de y en contra de todas y cada una de las obligaciones que surjan de o en cualquier conexión con la participación del menor en la actividad, aún cuando la obligación se dé a causa de la negligencia o descuido por parte de cualquier persona o entidad mencionada anteriormente.

Además, me doy por enterado(a) que en ocasión pueden ocurrir lesiones serias durante la actividad y que los participantes en esa actividad en ocasiones pueden sufrir lesiones personales serias o mortales como consecuencia de lo mismo. Sin embargo, conociendo los riesgos de la actividad, y a nombre del menor, por medio de la presente consiento en aceptar esos riesgos y liberar o dejar a salvo a todas las personas o entidades mencionadas anteriormente que, a por negligencia o descuido de lo contrario serían responsables por daños a mí persona, a mis herederos o a mis cesionarios

Asimismo, entiendo y estoy de acuerdo que esta renuncia, descargo y asunción de riesgo serán obligatorios para mis herederos y cesionarios.

Estoy de acuerdo en aceptar y sujetarme a las reglas y reglamentos del Oxnard Police Activities League (*Liga de Actividades de la Policía de Oxnard.*) o la Ciudad de Oxnard

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN

FECHA

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR

En el caso de que se produjera una enfermedad, accidente o lesión imprevista durante el tiempo en que el menor esté ocupado en las actividades supervisadas por el Oxnard Police Activities League o la Ciudad de Oxnard y sus representantes, empleados, agentes o apoderados, y de no ser posible ponerse en contacto con el/los padre(s), guardián(es) o proveedor de servicios médicos de la familia designado, por medio de la presente doy mi consentimiento para que cualquier proveedor médico certificado/facultado bajo las leyes del Estado de California, proporcione el tratamiento de emergencia necesario que las circunstancias requieran.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN

FECHA

Proveedor Médico de la Familia: _____ Teléfono del Médico: (____) _____

Aseguradora del Menor: _____ Tipo de Cobertura: _____

Historial/Información Médica Pertinente (*Epilepsia, Diabetes, Alergias, etc....*): _____

Contacto de Emergencia Alterno/a (Aparte del Padre/Madre o Guardián): _____ Teléfono: (____) _____