

## Parent/Legal Guardian Contact Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gender:  M  F  
 Street Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_  
 Primary Phone: \_\_\_\_\_ Secondary Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
 Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Participant: \_\_\_\_\_  
 Emergency Primary Phone: \_\_\_\_\_ Emergency Secondary Phone: \_\_\_\_\_

## Class Registration

Participant Name (First and Last)	Birthdate	Gender	Class No.	Class Name	Fee	Alternate Class No.
	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
<b>Total</b>					\$	

**Participant Allergies/Special Needs:** To better assist all participants, please list any special needs for the participant(s) listed above.

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Special Needs/Allergies/Medications: \_\_\_\_\_

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Special Needs/Allergies/Medications: \_\_\_\_\_

## Payment

Credit Card (Visa, MasterCard, Amex, Discover)     Check (payable to "City of Mountain View")     Cash (do not mail cash)  
 Credit Card No.: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_/\_\_\_ CVV No.: \_\_\_\_\_  
 Name as It Appears on Credit Card: \_\_\_\_\_ Cardholder Signature: \_\_\_\_\_

## Liability Waiver and Photo Release

In consideration of participation in a class or activity offered by the Recreation Division of the City of Mountain View, I, the below signed, agree to indemnify and hold the City of Mountain View harmless and hereby waive, release, and discharge any and all claims for loss or damage, for death, personal injury, bodily injury, or property damage which I may have or which hereinafter may accrue to me against the City of Mountain View, its City Council, employees, agents, and volunteers for any liability arising out of or connected in any way with my participation in this class or activity, even though that liability may arise out of negligence or carelessness on the part of the person or entities mentioned above. I understand that accidents and injuries can arise from participation in this class or activity; knowing the risks, nevertheless, I hereby agree to assume those risks on behalf of myself, my heirs, and assigns and to release and to hold harmless all of the persons or entities mentioned above who (through negligence or carelessness) might otherwise be liable to me (or my heirs or assigns) for damages. Further, I understand that the City of Mountain View, its City Council, employees, agents, and volunteers are not responsible for the personal property of the participants in the class or activity. It is further understood and agreed that this waiver, release, and assumption of risks has been freely entered into and is to be binding on me and on my heirs and assigns. I have read and agree to the registration and program policies.

I understand and acknowledge that if participating in a program listed in CA Health and Safety Code 124235, the enrolled participant is subject to concussion protocol as outlined in CA Health & Safety Code 124235 which includes "Return to Play" procedures.

**By participating in video-recorded virtual programming, I grant the City of Mountain View and Contractor permission to record my and/or my child's image, comments, and questions during the sessions.**

**In addition, I give permission to the City of Mountain View to use my and/or my child's photograph or likeness, or that of a pet or personal property, for promotional use in any City-related media.**

By my signature below, I acknowledge that I have read this document and understand its contents.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  Parent  Legal Guardian  Participant

## Información de contacto del progenitor o guardián legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Sexo:  M  F  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Teléfono primario: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_  
 Número primario de emergencia: \_\_\_\_\_ Número secundario de emergencia: \_\_\_\_\_

## Inscripción a clases

Nombre del participante (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Sexo	Nº de clase	Nombre de clase	Precio	Nº clase alternativa
	__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			\$	
<b>Total</b>					\$	

**Alergias/necesidades especiales del participante:** Para ayudar mejor a todos los participantes, por favor enumere si el participante tiene alguna necesidad especial. Vea a continuación la lista de necesidades especiales.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Necesidades especiales/alergias/medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Necesidades especiales/alergias/medicamentos: \_\_\_\_\_

## Pago

Tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Amex, Discover)  Cheque (a nombre de "City of Mountain View")  Efectivo (No envíe efectivo)  
 Tarjeta de crédito N°: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_/\_\_/\_\_ N° CVV: \_\_\_\_\_  
 Nombre como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## Renuncia de responsabilidad y publicación de foto

Para considerar la participación en las clases o actividades que la División de Recreación de la Ciudad de Mountain View ofrece, yo, la persona que firma este documento, estoy de acuerdo en indemnizar y no culpar a la Ciudad de Mountain View y por la presente renuncio en presentar cargos y no hacer reclamaciones por pérdida o daño, por muerte, lesiones personales, lesiones corporales o daños a la propiedad que yo pueda tener ahora o en el futuro, en contra de la Ciudad de Mountain View, sus concejales, empleados, agentes y voluntarios por cualquier responsabilidad que surja o esté conectada de alguna manera con mi participación en esta clase o actividad, a pesar de que la responsabilidad pueda surgir por negligencia o descuido por parte de la persona o entidades mencionadas anteriormente. Yo entiendo que los accidentes y las lesiones pueden surgir de la participación en esta clase o actividad; sabiendo los riesgos, sin embargo, por la presente estoy de acuerdo en asumir esos riesgos en nombre de mí mismo, miembros de mi familia y mis asignados, y desistir en presentar cargos y eximir de responsabilidad a todas las personas o entidades mencionadas anteriormente que (por negligencia o descuido) podrían ser responsable por daños y perjuicios a mi persona (o mis herederos o cesionarios). Además, entiendo que la Ciudad de Mountain View, el Concejo de la Ciudad, empleados, agentes y voluntarios, no son responsables de los bienes personales de los participantes en la clase o actividad. Además, queda entendido y de acuerdo que esta renuncia, y liberación de responsabilidades y de los riesgos se ha firmado libremente y es un compromiso legal para mí y para mis herederos y cesionarios. He leído y estoy de acuerdo con la inscripción y las políticas de dicho programa.

Entiendo y acepto que si participo en un programa que se adhiere al Código de Salud y Seguridad de California 124235, el participante inscrito está sujeto al protocolo en caso de una conmoción cerebral como se describe en el Código de Salud y Seguridad de California 124235 que incluye procedimientos de "reincorporación al juego".

**Al participar en la programación virtual grabada en video, otorgo permiso a la Ciudad de Mountain View y al contratista a grabar la imagen, los comentarios y las preguntas de mí y/o mi hijo/a durante las sesiones.**

**Además, doy permiso a la Ciudad de Mountain View de utilizar fotografías de mí y/o de mi hijo/a o parecido, o la de una mascota o propiedad personal, para uso promocional en cualquier medio de comunicación de la Ciudad de Mountain View.**

Con mi firma abajo, reconozco que he leído este documento y entiendo su contenido.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  Progenitor  Guardián legal  Participante

## 家长/法定监护人联系信息

名字: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_/\_\_/\_\_ 性别:  男  女

街道地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_ 电子邮件地址: \_\_\_\_\_

主要电话: \_\_\_\_\_ 第二联系电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_

紧急联系人姓名: \_\_\_\_\_ 与参与者的关系: \_\_\_\_\_

紧急联系主要电话: \_\_\_\_\_ 紧急第二联系电话: \_\_\_\_\_

## 课程注册

参与者姓名 (名和姓)	出生日期	性别	课程编号	课程名称	费用	备用 课程编号
	__/__/__	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			\$	
	__/__/__	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			\$	
总计					\$	

**参与者过敏症/特殊需求**：为了更好地帮助所有参与者，请列出上述参与者的任何特殊需求

参与者姓名: \_\_\_\_\_ 特殊需求/过敏症/用药: \_\_\_\_\_

参与者姓名: \_\_\_\_\_ 特殊需求/过敏症/用药: \_\_\_\_\_

## 付款方式

信用卡 (Visa, MasterCard, Amex, Discover)  支票 (抬头请写 "City of Mountain View")  现金 (请勿邮寄现金)

信用卡号: \_\_\_\_\_ 有效期: \_\_/\_\_/\_\_ CVV 号码: \_\_\_\_\_

信用卡上显示的姓名: \_\_\_\_\_ 持卡人签名: \_\_\_\_\_

## 免责声明和照片免责声明

作为参加山景城娱乐部提供的课程或活动的考虑，本人（以下签名者）同意确保山景城市府不因此承担法律责任并使其免受损害，并特此放弃、免除并解除本人可能此后可能因参加课程或活动而产生的任何损失或损害、死亡、人身伤害、身体伤害或财产损失而对山景城市府、其市议会、雇员、代理人 and 志愿者提出的任何索赔，即使该索赔可能是由上述个人或实体的疏忽或大意产生的。我了解参加本课程或活动可能会发生事故和伤害；尽管我知道存在风险，我在此同意代表我本人、我的继承人和受让人承担这些风险，并免除上述所有（因疏忽或粗心大意）可能对我（或我的继承人或受让人）造成损害的个人或实体的责任，并使其免受损害。此外，我了解山景城市府、其市议会、雇员、代理人 and 志愿者不对课程或活动参与者的个人财产负责。本人进一步理解并同意，本弃权书、免责声明和风险承担书是本人自愿签署的，对本人、我的继承人和受让人具有约束力。我已阅读并同意注册和项目政策。我理解并确认，如果参加加州健康与安全法第 124235 条所列的项目，则注册参与者须遵守加州健康与安全法令（CA Health & Safety Code）第 124235 条规定的脑震荡协议，其中包括 "重返赛场" 程序。

通过参加视频录像虚拟节目，我同意山景城市府和承包商录制我和/或我孩子的

课程期间的图像、评论和问题。

此外，我同意山景城市府得我和/或我孩子的照片或肖像、宠物或个人财产的照片或肖像用于任何与城市相关的媒体的宣传用途。

本人在下方签名，即表示本人已阅读本文件并理解其内容。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  家长  法定监护人  参与者