REACH

Forma de Matriculación

Nombre de Estudiante: **Apellido:** **Nombre:**	**Escuela**	**Grado**	**Niño o Niña**	**Fecha de Nacimiento**

Necesita su hijo/a acomodaciones especiales? No Si

Favor de Explicar: _____

_____

_____

Alergias: _____

_____

Liberación de Responsabilidad

Yo estoy de acuerdo a renunciar y liberar a la Ciudad de Pico Rivera y sus directores, agentes y empleados de, y contra cualquier, y todas demandas, gastos de responsabilidad, expensas o juicio, incluyendo los gastos de abogados y tribunal que resulten de la participación de mi hijo/a (o yo) en el programa de recreación de al ciudad o cualquiera enfermedad o daño que resulte de aquí en adelante.

Estoy de acuerdo a indemnizar y detener indefensible a la Ciudad de Pico Rivera de y contra cualquiera y todas las demandas, ya sean causadas por negligencia o por cualquier otra razón, excepto las enfermedades o daños causados directamente por la voluntariosa mala conducta en parte de la ciudad y sus empleados.

Yo entiendo y estoy de acuerdo de que al firmar esta renuncia, yo libero a la Ciudad de Pico Rivera y a sus directores, agentes y empleados de cualquier responsabilidad que resulte de la participación de mi hijo/a (o yo) en este evento o actividad.

Yo doy permiso a la Ciudad de Pico Rivera de fotografiar a mi o mis hijos/as participando en programas para el uso de publicidad o publicaciones para la Ciudad de Pico Rivera y no solicitare compensación de tal. ____ Por **Favor Inicial.**

Yo de aquí en adelante represento que entiendo y estoy familiarizado/a con el tipo de actividades en las cuales yo y mi hijo/a participaremos en este programa de recreación y personalmente e leído y entiendo esta liberación.

_____ _____

Firma de Padre/Guardián Fecha

For office use only

Input by _____ **Date** _____