



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nosotros inspiramos a niñas a ser alegres, saludables, y que tengan confianza en si mismas usando un currículo que creativamente integra el deporte de correr. Se prefiere que registre a su hija por internet en www.gotrbyarea.org o que complete este formulario y lo devuelva a su escuela o al contacto de sitio de práctica.

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DE LA ESCUELA/SITIO DEL PROGRAMA : _____

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE: _____

EDAD EN Septiembre 25, 2016: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

NOMBRE DE MADRE/PADRE/TUTOR LEGAL: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO : (de día) _____ (de noche) _____ (celular) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TAMAÑO DE CAMISETA: M para jóvenes(10-12) L para jóvenes(14-16) Adulto S Adulto M Adulto L Adulto XL

Raza / Origen Étnico: (algunas personas que hacen donaciones caritativas colectan esta información)

Blanca Afro Americana Latina/Hispana Asiática Otra: _____

¿Ha participado su hija en GOTR durante una temporada anterior? Sí No ¿Cuántas temporadas? _____

AUTORIZACION PARA RECOGER DE SU HIJA

Por favor, indique la forma en que le gustaría que nosotros despedamos su hija al final de cada sesión.(Puede marcar más de uno.)

Una de las siguientes personas recogerá mi hija:

Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono
Nombre	Relación	Teléfono

Mi hija se le permite caminar a casa sin compañía (sin un adulto)

Mi hija se registrará al programa después de escuela en el mismo sitio del programa todos los días después de la práctica

Otro (Por favor describa) _____

(Siga a la siguiente pagina)

INFORMACIÓN DE SALUD

Alergias (Por favor escriba cualquier / todas las alergias que la participante ha experimentado. Escriba N / A si no es aplicable) _____

¿Requieren estas alergias el uso de un Epi-Pen? _____

Medicamentos (por favor indique los medicamentos, incluyendo el uso de un inhalador. Escriba N / A si no es aplicable.) _____

Escriba cualquier problema mental, físico, o medico que tiene su hija (Escriba N / A si no es aplicable.) _____

Hospital Preferido _____

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y PERMISIO PARA PARTICIPAR

He leído y acepto la renuncia de responsabilidad y permiso para participar Sí No

Yo, el firmante, doy permiso para que mi hija participe en las actividades que ofrece GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA. No sé de ningún trastorno físico que podría impedir a mi hija o pupila que participe en este programa. Yo renuncio a cualquier reclamación de responsabilidad contra, y me comprometo a mantener indemne GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA, y cualquier otro funcionario, agente y / o empleado de cualquier reclamación de lesiones a los participantes que surja de o relacionados de alguna manera con cualquier clase o actividad ofrecida por GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA. Además, si dicho participante debe convertirse lesionado durante su participación en un programa, autorizo el transporte a cualquier médico o cirujano con licencia en el Estado de California para llevar a cabo de emergencia o tratamientos quirúrgicos, que, en su juicio, puede ser necesario. Entiendo que GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA realiza evaluaciones para evaluar la calidad de los programas. Doy permiso para que mi hija participe en esta evaluación del programa. También entiendo que la información colectada acerca de mi hija se mantendrá confidencial y que sólo las personas relacionadas con GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA y la evaluación tendrán acceso a esta información. También doy permiso para que cualquier fotografía, cinta de vídeo, cintas de audio de cine o la escritura de dicho participante, obtenidos durante las actividades normales después de la escuela, para ser utilizadas en los materiales informativos de GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA. También doy permiso para que mi hija participe en las prácticas fuera del campus en los parques cercanos, para ir a las excursiones organizadas por GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA, y utilizar el transporte organizado con el propósito de las excursiones.

PERMISO PARA LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTO NECESARIO O CUIDADO DE EMERGENCIA

He leído y doy permiso para la provisión de tratamiento necesario o cuidado de emergencia Sí No

Por este medio autorizo al personal médico seleccionado por GIRLS ON THE RUN OF THE BAY AREA, incluyendo, sin limitación, a entrenadores, voluntarios y personal para proporcionar el transporte y toda la atención médica y dental necesaria para la niña nombrada arriba. Yo doy permiso para que el proveedor (s) de la atención médica seleccionados por Girls on the Run of the Bay Area administre todo el tratamiento necesario, incluyendo la hospitalización, para la niña. Este cuidado se puede dar bajo cualquier condición necesaria para preservar la vida, la integridad física o el bienestar de la niña.

REGLAS DE ASISTENCIA

He leído y comprendido las reglas de asistencia de GOTR escritas debajo Sí No

Es muy importante que su hija asista a todas las sesiones posibles. Si un participante está ausente 4 o más veces, se le puede pedir que abandone el programa. Las niñas no pueden asistir a una sola práctica por semana, ya que no recibirán los beneficios del programa, incluyendo la formación adecuada para completar la carrera de 5 kilómetros de final de temporada. Por favor registre a su hija los días en que ella pueda asistir al programa consistentemente.

REGLAS DE COMPORTAMIENTO RESPETUOSO

He leído y comprendido las reglas de comportamiento de GOTR Sí No

Se espera que las niñas se comporten de una manera que permita a los entrenadores a llevar a cabo las actividades programadas del día. Las niñas que son continuamente perturbadoras de una manera que impide que el resto del grupo experimentar los beneficios del programa se les puede pedir que no participen el resto de la temporada. Una niña que se involucra en una conducta que pone en peligro la salud o el bienestar de los otros participantes, los administradores o los entrenadores se le pedirá salir del programa para el resto de la temporada. Girls on the Run of the Bay Area, sus entrenadores y los administradores se reservan el derecho de eliminar la participación de cualquier niña por cualquier motivo si no se ajusta a la misión y los objetivos de la organización.

Al firmar abajo estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Firma _____

Fecha _____