



**Formulario Informativo de Inscripción a The Drop (Summit County Teen Center) 2022/2023**

**Primer Nombre del Miembro** \_\_\_\_\_ **Apellido del Miembro** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Miembro** \_\_\_\_\_ **Tel Personal del Miembro** \_\_\_\_\_

**Etnicidad (Circule):** Afroamericano      Asiático      Caucásico      Latino      Otro

**Problemas Médicos / Alergias** \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguro del Miembro** \_\_\_\_\_ **Número de Póliza** \_\_\_\_\_

**Médico Primario** \_\_\_\_\_ **Tel de Médico** \_\_\_\_\_

**Dirección Física** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia Primario** \_\_\_\_\_

**Número de Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_

**Nombre Padre/Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Apellido Padre/Madre/Guardián** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Nombre Padre/Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Apellido Padre/Madre/Guardián** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Apellido Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Nombres y Teléfonos de Dos Otras Personas cuales podemos contactar en caso de Emergencia:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

En la consideración de estar permitido el miembro a asistir y participar en eventos en The Drop (Summit County Teen Center), estoy de acuerdo en liberar, renunciar, acordar y convenir de no demandar al Condado de Summit por lesiones o daños sufridos por el Miembro. También estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados con la participación del Miembro en las actividades y / o eventos de The Drop (Summit County Teen Center). Yo entiendo que dichas actividades especiales pueden ocurrir dentro de un radio de cinco millas del Teen Center. Estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener indemne al Condado de Summit , tanto colectivamente como individualmente, además de sus respectivos agentes, funcionarios electos, oficiales, directores, propietarios, contratistas, voluntarios y otros empleados (conjuntamente las "Partes Liberadas"), de cualquier y todas las acciones de responsabilidad, causas de acción, deudas, reclamos y demandas de todo tipo y naturaleza que puedan surgir durante el transcurso o como resultado de la asistencia del Miembro en The Drop (Summit County Teen Center).

Le doy autorización al The Drop (Summit County Teen Center) de utilizar fotografías de mi hijo(a) tomados durante su participación en los programas y facilidades del The Drop (Summit County Teen Center) y renuncio a todos los derechos de compensación por dicho uso.

*Escriba sus iniciales a la par de la opción que usted escoja: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_*

**Firma de Padre/Madre/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

(Si el miembro es menor de 18 años)

Yo accedo a cuidar del The Drop (Summit County Teen Center) y su Propiedad. Yo he recibido y he leído el Manual de Miembro. Yo cumpliré las reglas y expectativas del Teen Center en todo momento.

**Firma del Miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Enviar este formulario a [tyler.updegraff@summitcountyco.gov](mailto:tyler.updegraff@summitcountyco.gov)