



SALINAS POLICE ACTIVITIES LEAGUE

PO Box 88, Salinas, CA 93902
Tel: 831-758-7906 www.salinaspal.org

En colaboración con:



BOYS & GIRLS CLUBS
OF MONTEREY COUNTY

Harden Youth
Development Center
85 Maryal Dr.
Salinas, CA 93906

Aplicación del Participante

Padres deben completar esta aplicación para que su niño pueda participar en las actividades de SPAL. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial y solo se usara para obtener fondos.

Información del Niño Participante Nueva Aplicación Renovación

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Minusválido
			/ /	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Domicilio Principal

Domicilio	Ciudad	Código Postal	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
			() -	() -

Nombre de la Escuela	Grado	Alergias	Necesidades Especiales

Demográficas – Seleccione su raza y **TAMBIEN** su etnicidad. Ejemplo: Blanco E hispano – Ayuda con los fondos!

Raza (Seleccione Una o Más)	Etnicidad (Seleccione Uno)	Tamaño de Hogar	Ingresos de Hogar
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Cuanta gente hay en su hogar?	Cuál es el ingreso anual de su hogar? \$ _____

Padre o Guardián Principal | ¿Contacto de Emergencia? Si No | ¿Cabeza de Familia? Si No

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Minusválido
			/ /	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico (E-Mail)
() -	() -	

Padre o Guardián Secundario | ¿Contacto de Emergencia? Si No | ¿Cabeza de Familia? Si No

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero	Minusválido
			/ /	<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Domicilio	Ciudad	Código Postal	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
			() -	() -

Información Médica

Compañía de Seguro Medico	Numero de Póliza	Doctor	Teléfono del Doctor
			() -

Hospital Preferido	Condiciones Medicas	Medicinas Requeridas

Programas y Actividades de Interés

<input type="checkbox"/> Tiro al Arco	<input type="checkbox"/> Baloncesto	<input type="checkbox"/> Caballos	<input type="checkbox"/> Tenis
<input type="checkbox"/> Beisbol	<input type="checkbox"/> Computadores	<input type="checkbox"/> Karate	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Ballet	<input type="checkbox"/> Beisbol de Niñas	<input type="checkbox"/> Futbol	

Aplicación Continua al Respaldo

Nombre y Apellido del Niño Participante

Reglas de SPAL

1. Como padre, yo asegurare que mi hijo entienda y siga las siguientes reglas y cualquier otra regla específica a las actividades o programas.
2. Mi hijo y yo seguiremos las reglas y buenas prácticas de seguridad a todo tiempo para protegerle a él y a otros de cualquier herida.
3. Mi hijo jugara en la posición a la cual lo asignen y siempre hará lo mejor para su equipo.
4. Cuando el equipo de mi hijo este jugando, mi hijo y yo nos mantendremos fuera del campo de juego y no interferiremos con los otros jugadores.
5. Yo prometo solemnemente que mi hijo y yo en ninguna manera dañaremos o marcaremos ninguna propiedad, edificio, o equipo.
6. Estoy de acuerdo que mi hijo y yo seguiremos todas las decisiones de los oficiales del juego, entrenadores, o chaperones y nunca usaremos gestos de poco carácter deportivo.
7. Estoy de acuerdo que mi hijo y yo mantendremos la paz y nunca usaremos palabras ofensivas.
8. Estoy de acuerdo que mi hijo se quedara en un equipo o grupo hasta que los cambien apropiadamente.
9. Prometo regresar, si se me pide, el uniforme y otro equipo asignado a mí en buena condición como la recibí.

Póliza de Conducta y Pandillas

SPAL no tolera la conducta inapropiada o la participación de pandilleros criminales en nuestros eventos o actividades. Se espera que los jóvenes, padres, y sus amigos respeten a otros y que no peleen, no promuevan peleas, no se comporten de manera indecente, o que usen profanidades. Pandilleros criminales activos o sus afiliados no son permitidos en actividades patrocinadas por SPAL. Cualquier persona que muestre tatuajes de pandillas, ropa pandillera, o cualquier otro símbolo de pandillas será expulsada del evento o actividad.

Permiso del Padre o Guardián

Como el padre o guardián legal del participante arriba nombrado, reconozco los peligros implicados en las actividades en las cuales mi hijo participará y, doy por éste medio mi aprobación a su participación en funciones y actividades de SPAL. Asumo por este medio todos los riesgos y peligros fortuitos a tal participación, incluyendo el transporte a y desde las actividades: y renuncio, resuelvo, absuelvo, indemnizo, y acuerdo por este medio sostener el amigacho inofensivo de las salinas, sus asociaciones respectivas, o las ligas de la organización, y los organizadores, los supervisores, los participantes, y las personas que transportan a mi niño a y desde actividades o cualquier demanda de lesión a mi niño.

Renuncia de Video o Fotos

Entiendo que durante los programas o las actividades de SPAL, mi fotografía o la fotografía de mi niño se puede tomar por SPAL, productores, patrocinadores, organizador, o asignadnos. Convengo que mi fotografía o la fotografía de mi niño, incluyendo video, o la otra reproducción de mi semejanza o de la semejanza de mi niño, puede ser utilizada sin cargas por SPAL, productoras, patrocinadoras, organizadores o los asignados para tales propósitos que sean apropiados.

Consentimiento expreso del tratamiento médico

Como el padre o guardián legal del participante arriba nombrado, doy por este medio el consentimiento para la asistencia médica de la emergencia prescrita por un doctor de la medicina debido licenciado o el doctor de la odontología. Este cuidado puede ser dado debajo cualesquiera condiciones son necesarias preservar la vida, el miembro o el bienestar de mi niño.

Firmas del padre/ del guarda

Como el padre o guardián legal del participante arriba nombrado, he leído y entiendo las reglas de SPAL, la Póliza de Conducta y Pandillas, la Renuncia de Video o Fotos, y el Consentimiento Expreso del Tratamiento Médico. Al firmar esta aplicación, afirmo que reconozco las demandas antedichas y concedo por este medio el permiso para que mi niño participe en todas las actividades oficialmente reconocidas de SPAL.

Nombre Imprimido del Padre

Firma del Padre

Fecha

SPAL no discrimina a base de inhabilidad en violación de la Sección 504 de la Acta de Rehabilitación de 1973 o de las regulaciones implementaría de la Acta Federal (45 CFR 84) para admitir o proveer acceso a, o tratamiento o empleo en, los programas y actividades que opera. Preguntas sobre la implementación de las regulaciones de la Acta Federal pueden ser dirigidas al Director Ejecutivo y al Oficial de Cumplimiento de ADA al 831-970-7874.