



Forma de Registracion

Mandar por Correo, Dejar en la Oficina o Mandar Via Fax al:
 West Chicago Park District
 157 W Washington St.
 West Chicago, IL 60185
 630-231-9474
 630.231-2352 fax
 Attn: Departamento de Registracion

1. Informacion Domestica

Porfavor llene completamente para procesamiento adecuado

Nombre de cabeza familiar	
Direccion	
Cuidad	Codigo Postal
No. de telefono	No. de celular
Recientemente a cambiado su numero de telefono?	Correo Electronico

2. Informacion de Programas

Codigo	Programa	Dia	Participante	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edad	Costo

3. Forma de Pago

Cheque

Hacer el cheque al nombre de West Chicago Park District

Credit Card:

Visa Master Card American Express

No. de Tarjeta _____ Expiracion _____

Nombre en tarjeta _____

Firma _____

4. Firma de Acuerdo

Acuerdo y Descargo de Todos Reclamos y Permiso Para dar Trato de Emergencia

Porfavor lea esta forma con cuidado y tenga precaucion en firmar esta forma y participar en los programas listados arriba que estaria de acuerdo y descargar de todos reclamos de leccion a usted y a sus hijos que sosteneria en los programas.

- Como participante en estos programas del West Chicago Park District, reconozco y tomo en cuenta que hay siertos riesgos fisicos y estoy de acuerdo en asumir el riesgo total en caso de cualquier leccion, incluso la muerte, daños o perdidas y sostengo que serian resultado de participar en cualquiera de las actividades conectadas o asociadas con tales programas.
- Estoy de acuerdo y descargare de todos reclamos que tendre como resultado en participar en los programas contra el West Chicago Park District y sus funcionarios, agentes, sirvientes, or empleados.
- Yo acepto por este medio descargar y liberar de todo cargo al West Chicago Park District y sus funcionarios, agentes, sirvientes, or empleados de cualquier y todos reclamos de cualquier leccion, incluso la muerte, daños o perdidas que podria ocurrirme como calculo de participacion en estos programas.
- Yo mas alla estoy de acuerdo a indemnizar y guardare indemne y defendere el West Chicago Park District y sus funcionarios, agentes, sirvientes, o empleados de todos reclamos como resultado de lecciones, incluso la muerte, daños y perdidas sostenidas por mi, o conectados con, o en cualquier forma asociados con las actividades de estos programas.
- En un evento de cualquier emergencia, yo autorizo los funcionarios del West Chicago Park District afianzar de cualquier hospital, medico, y/o personal medico, cualquier trato necesario para mi cuidado inmediato y estoy de acuerdo que yo sere responsable de cualquier pago de cualquier y todos servicios dados.

Yo e Leido y Comprendo las Normas Registrantes, Acuerdo y Descargo de Todos Reclamosy Permiso Para Asegurar Trato Seguro.

Firma _____

Fecha _____