



PARTICIPANT INFORMATION:

Participant Name _____ Date of Birth ____ / ____ / ____
 Street Address _____ City _____ ST _____ Zip _____
 What gender pronoun does the participant use? She/Her He/Him They/Them _____ (_____
 Parent/Guardian Name(s) _____
 Phone 1 _____ Texts? Y N Phone 2 _____ Texts? Y N

If we are UNABLE TO REACH YOU in case of an emergency, who should be notified?

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

CHILD PICK UP: Who will typically pick up your child? _____

People OTHER THAN PARENTS/GUARDIANS allowed to pick up your child:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Is there anyone who should never be allowed to pick up your child? If yes, list name _____

MEDICAL INFORMATION TO HELP US SERVE YOUR CHILD:

Does the participant have a disability requiring any accommodations? Yes No

If yes, please explain: _____

If yes, have you contacted the Portland Parks & Recreation inclusion program at (971) 284-5060? Yes No

Does your child have any allergies? YES NO If yes, please describe _____

Is your child bringing medication (over the counter or prescription), an inhaler, or an epipen to camp? YES NO

If medication (including over-the-counter medication), an inhaler, or an epi-pen is coming with your child, additional paperwork is needed. Please bring medication in its original packaging and complete medication administration forms on site.

ADDITIONAL INFORMATION ABOUT YOUR CHILD WHILE PARTICIPATING IN THIS PROGRAM

Please list anything your child feels excited about. _____

Please list anything your child feels nervous about. _____

Please list any tips or techniques for helping your child have a positive experience, even when sad, frustrated, or upset. _____

MEDICAL EMERGENCY WAIVER: In participating in programs sponsored by Portland Parks and Recreation, I hereby acknowledge that I am the legal guardian for the above-named participant. I understand there are risks of accidents, resulting in bodily harm to my child named above, arising out of those activities. I hereby acknowledge that my child has the physical capacity reasonably necessary to engage in each activity for which I have enrolled them. However, I do hereby waive all claims, which I might have against the City of Portland, or any of its officers, agents or employees by reason of bodily injuries or death, that my child might suffer arising out of their participation whether or not caused by the City's negligence. In case of emergency, accident or illness, I give my permission to have my child treated by a professional medical person, transported by medical staff and admitted to a hospital if necessary. I agree to be the party responsible for all medical expenses, and loss of personal property, incurred in my child's behalf.

Parent/Guardian Signature

Today's Date



DATOS DEL (DE LA) PARTICIPANTE

Nombre del (de la) participante _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 ¿Cuáles pronombres usa el (la) participante? Femeninos/ella Masculinos/é Ellos/Ellas/Elles _____
 Nombre(s) del padre/madre/tutor(a) _____
 Teléfono 1 _____ ¿Recibe textos? Sí No Teléfono 2 _____ ¿Recibe textos? Sí No

Si NO PODEMOS CONTACTARLO(LA) en caso de una emergencia, ¿a quién debemos notificar?

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

RECOGER AL (A LA) MENOR: Por lo general, ¿quién recogerá al (a la) menor? _____

Otras personas APARTE DE LOS PADRES/TUTORES con permiso para recoger al (a la) menor:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿Hay alguien a quien jamás debemos permitir que recoja al (a la) menor? Si la respuesta es sí, escriba su nombre.

INFORMACIÓN MÉDICA PARA AYUDARNOS A ATENDER AL (A LA) MENOR:

¿Tiene el (la) participante una discapacidad que exige que tenga una o más adaptaciones? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor, explique _____

Si la respuesta es sí, ¿se ha comunicado usted con el programa de inclusión del Departamento de Parques y Recreación de Portland llamando al (971) 284-5060? Sí No

¿Tiene alergias el (la) menor? Sí No Si la respuesta es sí, por favor, descríbalas _____

¿Traerá al campamento el (la) menor algún medicamento (recetado o de venta libre), inhalador o EpiPen Sí No
Si el (la) menor traerá un medicamento (incluyendo los medicamentos de venta libre), un inhalador o un EpiPen al campamento, será necesario llenar otros formularios. Por favor, traiga el medicamento en su envase original y llene los formularios de administración de medicamentos en el lugar donde asistirá.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL (LA) MENOR PARA SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA:

Por favor, díganos cuáles son las cosas por las que el (la) menor se siente emocionado(a). _____

Por favor, díganos qué le hace sentirse nervioso(a). _____

Por favor, escriba sugerencias o técnicas para ayudar a que el (la) menor tenga una experiencia positiva, aun cuando esté triste, frustrado(a) o alterado(a). _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIAS: Al participar en programas patrocinados por el Departamento de Parques y Recreación de Portland, por medio del presente acepto que soy el (la) tutor(a) legal del (de la) participante cuyos datos aparecen arriba. Entiendo que existen riesgos de accidentes al participar en esas actividades y que podrían resultar en daños físicos al (a la) menor antes mencionado(a). Por este medio reconozco que el (la) menor tiene la suficiente capacidad física necesaria para participar en cada actividad para la cual está inscrito(a). No obstante, por medio de la presente renuncio a todo reclamo que podría tener en contra de la ciudad de Portland o de cualquiera de sus funcionarios, agentes o empleados por lesiones corporales o muerte que mi niño(a) pueda sufrir resultante de su participación en el programa, ya sea o no causada por negligencia de la Ciudad. Doy mi consentimiento para que el (la) menor pueda ser atendido(a) por un profesional médico en caso de emergencia, accidente o enfermedad, ser transportado(a) por personal médico y ser internado(a) en el hospital, si es necesario. Acepto ser la parte responsable de todos los gastos médicos y pérdida de propiedad personal que pudieran ocurrir en nombre de mi niño(a).

Firma del padre/madre/tutor(a)

Fecha de hoy