



Formulario de Exención de Responsabilidad de SFPAL

* Los campos REQUERIDOS están marcados con un ASTERISCO

Deporte*:		Nombre del equipo*:		División:	
Apellido*:		Nombre*:		Fecha de nacimiento*:	
Dirección*:		Ciudad*:		Estado*:	
Teléfono*:		Escuela*:		Grado*:	
Nombre del Padre / Tutor 1 *			Correo Electrónico*:		
Teléfono de la casa*:		Teléfono celular*:		Teléfono del trabajo*:	
Dirección*:					
Nombre del Padre / Tutor 2*			Correo Electrónico:		
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:		Teléfono del trabajo:	
Dirección:					
Variante de Contacto de Emergencia (no mencionado más arriba) *:				Teléfono*:	
La Compañía de Seguros del/ la joven participante *:				# de la póliza*:	
Condición médica existente o medicamentos * <i>(Cuando se mencionan condiciones o medicamentos existentes, SFPAL requiere una autorización médica, en el formulario de PAL, firmada por un médico)</i>					
<input type="checkbox"/> Condiciones médicas existentes*					
Consentimiento de tratamiento médico					
Como el padre / tutor legal del participante mencionado anteriormente, por este medio doy mi consentimiento para atención médica de emergencia prescrita por un médico debidamente autorizado en Medicina o Doctor en Odontología. Este cuidado se puede dar en cualquier condición necesaria para preservar la vida, la integridad física, o el bienestar de mi dependiente.					
Firma del padre / tutor *			Fecha*		

Para que SFPAL pueda solicitar apoyo a fundaciones e individuos para financiar nuestros programas y mantener los costos al mínimo, le pedimos de favor que responda a la siguiente información demográfica. *(Esta información es opcional y confidencial).*

- Origen étnico del joven: (Por favor señale todas las respuestas que apliquen o escriba su respuesta).

Afroamericano(a) Asiático(a) Latino/a Multirracial Otro No-Blanco Isleño del Pacífico Amerindio
Blanco(a) Otro: _____

- Nivel de ingresos (por favor señale su ingreso familiar anual):

Menos de \$30,000 \$30,001-\$40,000 \$40,001-\$55,000 \$55,001-\$75,000 Más de \$75,001



EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD (CONTINÚA)

Estimada Familia,

Gracias por elegir a la Liga de Actividades de la Policía de San Francisco (SFPAL). Desde 1959 hemos venido fortaleciendo la comunidad a través de la organización de actividades deportivas y sanas para nuestra juventud, desarrollando así el carácter y fomentando una relación positiva entre los agentes de la policía, los jóvenes y los voluntarios dedicados. Somos una organización independiente sin fines de lucro y no recibimos fondos de la Municipalidad. En lugar de ello, dependemos en gran medida de las donaciones corporativas y de fundaciones, y sobre todo de las donaciones individuales para poder mantener nuestras tarifas de participación al mínimo o no cobrarlas cuando sea necesario. (Por favor tenga en cuenta que: nosotros no realizamos llamadas telefónicas para solicitar fondos, y si usted dona a organizaciones que se presentan como PAL, su donación no apoyará SFPAL.) Pedimos que nos ayuden a garantizar que todos los niños - sin que importe su capacidad para pagar, puedan participar en programas que valen la pena. *Recaudamos aproximadamente \$55 por cada participante para cubrir el costo de llevar adelante nuestro programa de soccer (fútbol). Le pedimos que se una a nosotros y patrocine a un niño o dos de ser posible.*

Entiendo que los esfuerzos de recaudación de fondos que hace SFPAL financian la participación de mi hijo: **(Por favor señale uno)**

#1 Quiero ayudar a financiar el costo de participación de todos los niños. Además de los \$35, me gustaría contribuir \$_____ para apoyar la misión de SFPAL.*
(Para sus registros de impuestos, una carta de agradecimiento y acuse de recibo, con el número de identificación tributaria de SFPAL, serán proporcionados por su generosa donación).

O

#2 Pagaré los \$35* y SFPAL subsidiará el costo adicional para que mi hijo participe.

** Los equipos con un entrenador o programa pagado eligen el # 1 y pagan al menos \$75*

Hemos adoptado el modelo de desarrollo juvenil "Team Up For Youth's", el mismo que se fundamenta en 5 pilares: seguridad, desarrollo de habilidades, actividad física, participación juvenil y las relaciones personales. Somos una liga de desarrollo comprometida a involucrar a los jóvenes en actividades saludables, especialmente a los niños que tradicionalmente no pueden acceder a estas oportunidades.

COMO PARTICIPANTE EN ESTA LIGA USTED ACEPTA ASOCIARSE CON NOSOTROS EN ESTA INICIATIVA. MI FIRMA A CONTINUACIÓN CONFIRMA QUE ESTOY DE ACUERDO Y VERIFICO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

CONSENTIMIENTO PARA NORMAS Y REGLAMENTOS

Yo, el padre/ tutor de (llenar el nombre del niño)* _____ estoy de acuerdo en que el participante y yo acataremos las normas de la SFPAL, de sus afiliados y patrocinadores. Entiendo que los participantes de SFPAL deben residir o asistir a la escuela en San Francisco y por este medio certifico que mi hijo(a) cumple con este requisito. Por la presente libero, descargo y/o indemnizo a SFPAL, al Departamento de Policía de San Francisco, a la Municipalidad y Condado de San Francisco, a sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, a sus empleados y al personal asociado, contra cualquier reclamo por o en nombre de los participantes como resultado de la participación en el programa y/o su transporte hacia o desde el mismo; transporte que por la presente autorizo.

Todas las casillas deberán ser señaladas y su firma debe constar a continuación, para que su hijo pueda participar en el programa de SFPAL:

- He leído y estoy de acuerdo con acatarme al "Código de Conducta del Entrenador/ Padre / Espectador".
- Doy mi permiso a SFPAL para utilizar la foto de mi hijo en el material promocional
- Mi hijo vive en y/o asiste a la escuela en la ciudad de San Francisco

Padre / Tutor Legal (letra de imprenta) *: _____

Firma*: _____ Fecha*: _____