



Formulario de registro de recreación de Fitchburg

- Emitir cheques a nombre de la ciudad de Fitchburg
- Enviar formularios y pagos por correo a:
Departamento de Parques y Recreación de Fitchburg
5520 Lacy Road, Fitchburg WI 53711
- ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos al 270-4285 o envíe un correo electrónico a Chad.sigl@fitchburgwi.gov

Información sobre la familia (jefe de familia)						
Nombre(s) del jefe de familia				N.º del teléfono de casa		
Dirección postal		Ciudad		Código postal		
N.º de celular de la mamá		N.º de celular del papá				
Correo electrónico de la mamá		Correo electrónico del papá				
¿Le gustaría recibir actualizaciones por correo electrónico sobre próximos programas, información de registro, eventos y más?				Solicitud de amistad (solo 1)		
¿Le gustaría ser entrenador?		De ser así, ¿le gustaría ser entrenador principal o asistente?				
¿Qué talla de remera o camiseta usa su hijo? (Encierre en un círculo) YS YM YL AS AM AL						
Nombre del participante	M/F	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Curso	Nombre de la actividad	N.º de código de la actividad	Costo
						\$
						\$
						\$
						\$
					Costo total:	\$
Forma de pago	Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> n.º		Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Visa/MasterCard/American Express			
	N.º de tarjeta de crédito		Vencimiento		CVC	
Lea lo siguiente y firme:						
<p>Acepto el uso sin reservas de mi nombre y/o semejantes (lo que incluye fotos, videos y otras imágenes) para fines publicitarios de los programas del Departamento de Parques y Recreación de Fitchburg. Tomando en CONSIDERACIÓN la aceptación de la solicitud para ser admitido en las clases o actividades antes enumeradas, yo, el abajo firmante, al firmar a continuación, renuncio irrevocablemente a toda responsabilidad contra dicho entrenador y la ciudad de Fitchburg, para mí y mi hijo/custodia, y acepto brindar atención médica y dental para dicho niño en caso de heridas. Acepto asimismo que dicho entrenador puede, sin necesitar permiso adicional, adoptar cualquier medida que él o ella considere necesaria en caso de heridas, lo que incluye obtener asistencia médica o dental de emergencia por medio del Servicio Médico de Emergencia de Fitchburg.</p>						
Afecciones médicas/Alergias						
Nombre del médico		Clínica		N.º de teléfono		
Padre/Tutor Firma				Fecha:		