



**East Oakland Boxing Association/SmartMoves
Aplicación para el programa después de escuela**



APLICACIONES INCOMPLETAS NO SERAN CONSIDERADAS PARA INSCRIPCION

Nombre del Niño: _____
Apellido Segundo Primer

Sex: H / M Etnicidad: _____ Primer Lenguaje: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Niño/a Acogida Si/ No

Escuela: _____ Grado: _____ Maestra/o: _____

Promedio de Calificaciones: _____ Elegible para almuerzo gratis o reducido? Si / No

Para que podamos rastrear el progreso académica de su hijo/a requerimos que nos provea con una copia de la boleta de calificaciones de su hijo/a cada semestre; esto nos ayudara a entender donde su hijo/a necesita más asistencia académica.

Necesidades Especiales (académico, médica, física) _____

Áreas de Interés (por favor marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Boxeo | <input type="checkbox"/> Nutrición/Cocina | <input type="checkbox"/> Actividades al aire libre |
| <input type="checkbox"/> Arte | <input type="checkbox"/> Ajedrez | (i.e. campar, kayak, excursionismo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Computación | <input type="checkbox"/> Liderazgo Juvenil | |
| <input type="checkbox"/> Jardinería | | |

Padre(s) _____
Apellido Nombre Relación

Dirección _____
Calle/Numero Ciudad Estado Código Postal

(Por favor note que hay una cuota de \$20 al mes por cada niño que no sea residente de Oakland, prueba de residencia debe ser presentada con cada aplicación.)

Teléfono de Casa: _____ Numero Celular _____

Correo-E: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Numero Celular: _____

East Oakland Boxing Asociación es un programa gratuito para niños y jóvenes de Oakland de edades 5-20. Yo entiendo que es un requisito que el padre/tutor asistan a una orientación mandataria con un miembro de personal de EOBA antes de que mi hijo/a participe en cualquier de los programas o actividades. También entiendo que debo presentar la boleta de calificaciones de mi hijo cada semestre para que puedan rastrear su progreso académico. EOBA también tiene el derecho a negarle participación en el programa a su hijo/a por cualquiera que sea la razón y a la discreción del empleado. EOBA tiene el derecho de usar la foto, nombre, o trabajo artístico del participante en nuestro boletín informativo folletos del programa o publicidad, al menos que se nos sea notificado de que no se haga por medio de un escrito por el padre(s).

Información Confidencial de Salud Pre-Física

Color de Ojos: _____ Altura: _____ Peso: _____

Alguna vez ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes? (Marque las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Articulación Hinchada | <input type="checkbox"/> Ganglios Inflamados | <input type="checkbox"/> AIDS o HIV |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alguna Enfermedad Debilitante | <input type="checkbox"/> Embarazada actualmente | <input type="checkbox"/> Operación Oral |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Fracturas Recientes |
| <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Escupiendo Sangre | <input type="checkbox"/> Usa Lentes | <input type="checkbox"/> Heridas aun no Sanadas |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> En Medicación Actualmente |
| <input type="checkbox"/> Algún Knockout:
Fecha _____ | <input type="checkbox"/> Toz Crónica | |
| | <input type="checkbox"/> Vista borrosa | |

Comentarios y/o notificaciones de salud adicionales: _____

Información Medica/ID#: _____ Hospital: _____ Doctor: _____

EXENCION DE RESPONSABILIDAD

A cambio de la participación en la actividad de participar en las actividades del gimnasio, incluyendo pero no limitado a Boxear organizado por East Oakland Boxing Asociación ("the EOBA"), en 816 98th Avenida, Oakland, California, 94603 y uso de la propiedad, facilidades y servicios de EOBA, Yo acepto que mi hijo/a haga lo siguiente:1. Mi hijo/a observara y obedecerá todas las reglas y avisos, y también aceptara cualquier instrucción o dirección verbal dada por EOBA, o sus empleados, representativos o agentes de EOBA. 2. Yo reconozco que hay ciertos riesgos asociados con la actividad descrita y yo asumo responsabilidad completa por algún daño personal a o de mi hijo/a, y yo libero y descargo a EOBA de daños o perdidas que puedan suceder a mi hijo al uso o presencia en las facilidades de EOBA, ya sean causadas por culpa de mi hijo/a, EOBA o terceras personas. 3. Yo acepto indemnización y a defender EOBA en contra de todos reclamos, causas de acción, daños, criticas, costos o gastos, incluyendo actuar por las facilidades de EOBA. 4. Yo acepto pagar por todos los daños a las facilidades de EOBA causadas por mis negligentes e imprudentes acciones. 5. Cualquier reclamo legal que puedan surgir de la participación en todo lo de arriba mencionado será resuelto bajo la ley de California.

Le concedo a La Asociación de Boxeo del Este de Oakland, el derecho a tomar fotografías de m familia y yo en conexión con experiencias en el programa y en paseos al aire libre. Yo autorizo a la Asociación de Boxeo del Este de Oakland, sus derechos de autor de sus concesionarios asignados, uso y publicación en impreso y/o electrónicamente.

Yo estoy de acuerdo que La Asociación de Boxeo del Este de Oakland puede usar tales fotografías mías sin mi nombre y para cualquier uso con de propósito legal, tales propósitos incluyen por ejemplo; publicidad, ilustración, promoción, y contenido de web

Eh leído y entendido todo lo de arriba:

Nombre

Firma

Fecha