

SKYHAWKS SPORTS CAMPS



Lunes - Viernes, 9:30am - 4:00pm



SSCS1	6/13-6/17	Soccer	Rumrill Sports Complex	\$65/\$75
SSCB1	6/21-6/24	Basketball*	San Pablo Community Center	\$55/ \$65
SSCMS	7/6-7/8	Mixed Sports*	San Pablo Community Center	\$45/ \$55
SSCB2	7/11-7/15	Basketball*	San Pablo Community Center	\$65/\$75
SSCV1	7/18-7/22	Volleyball*	San Pablo Community Center	\$65/\$75
SSCS2	7/25-7/29	Soccer	Rumrill Sports Complex	\$65/\$75
SSCFF	8/1-8/5	Flag Football	Rumrill Sports Complex	\$65/\$75
SSCV2	8/8-8/12	Volleyball*	San Pablo Community Center	\$65/\$75

* Cuidado extendido disponible por un costo adicional cuando están en SPCC

Reserve el lugar de su hijo para Sports Camp con solo pagar el depósito del campamento de \$20.00 por cada sesión.

Ciudad de San Pablo

Plan de pagos de verano 2019:

Kiddie Kamp, Jr. Camp, Sr. Camp, Teen Camp y Sports Camps

Reserve el lugar de su hijo para Kiddie Kamp, Jr. Camp, Sr. Camp, Teen Camp o Sports Camp con solo pagar el depósito del campamento de \$20.00 por cada sesión en la que le gustaría registrarlos. Tenga en cuenta que el saldo restante será cargado automáticamente una semana antes de la fecha de inicio de la sesión.

Sesión de campamento	Pago automático
Sesión 1: 13 de junio– 17 de junio	6 de junio
Sesión 2: 21 de junio - 24 de junio	13 de junio
Sesión3: 27 de junio-1 de julio	20 de junio
Sesión 4: 6 de julio-8 de julio	27 de junio
Sesión 5: 11 de julio– 15 de julio	4 de julio
Sesión 6: 18 de julio– 22 de julio	11 de julio
Sesión 7: 25 de julio– 29 de julio	18 de julio
Sesión 8: 1 de agosto– 5 de agosto	25 de julio
Sesión 9: 8 de agosto – t 12 de agosto	1 de agosto



Ciudad de San Pablo, División de Recreación
 2450 Road 20, San Pablo, CA 94806
 Tel: (510) 215-3080 Fax: (510) 215-3015
 1 enero 2022 – 31 diciembre 2022



CITY of SAN PABLO
City of New Directions



recreation@sanpabloca.gov
www.sanpabloca.gov

Ciudad de San Pablo División de Recreación
 Formas adicionales pueden ser requeridas para ciertos programas/actividades.

Padre/Cabeza del Hogar 21+ años: _____
 (Apellido) (Nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Contacto Primario # Tel.: _____ Contacto Secundario # Tel.: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Relación: _____

Indique personas adicionales del hogar. Cada participante mayor de 18 años inscrito tendrá que poner su firma y la fecha al final de la forma.					
Información del participante(s)				Menor de 18	
Nombre	Apellido	Genero M/F	Fecha de Nacimiento	Grado Escolar a partir del 9/1/2022	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Marcar la casilla si algún participante tiene necesidades especiales que requieren adaptaciones especiales y hablar con el personal de la Ciudad de San Pablo para poder asistir con la preparación.

Nombre de Participante	Nombre del Programa	Código del Programa	Fecha	Precio
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
			Gran Total	\$

Renuncia de Derechos, Exención de Responsabilidad, Asunción de Riesgo, y Liberación de toda Responsabilidad

Yo, el abajo firmante, certifico que tengo al menos 18 años de edad; Yo estoy [o el menor mencionado arriba está] en buenas condiciones físicas y ningún médico calificado me ha indicado lo contrario; cuento con la capacitación suficiente para participar en las actividades del Programa indicadas anteriormente; tengo suficiente conocimiento del equipo relacionado; y deseo participar voluntariamente en el Programa.

Entiendo que ocasionalmente ocurren accidentes graves durante estas actividades y que los participantes en estas actividades ocasionalmente sufren lesiones personales graves, muerte y daños a la propiedad. Entiendo que los riesgos involucrados con estas actividades pueden incluir riesgos del clima, condiciones de la superficie y del medio ambiente, condiciones del equipo, transporte hacia y desde las actividades e interferencia de actividades cercanas. Entiendo que

Ciudad de San Pablo, División de Recreación
2450 Road 20, San Pablo, CA 94806
Tel: (510) 215-3080 Fax: (510) 215-3015
1 enero 2022 – 31 diciembre 2022



CITY of SAN PABLO
City of New Directions



recreation@sanpabloca.gov
www.sanpabloca.gov

existe el riesgo de lesiones por ser golpeado o tropezado, o por el contacto corporal de otros participantes en esta actividad o su equipo. Entiendo que existe el riesgo de lesionar músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, nervios y otras partes y sistemas corporales por participar en estas actividades. Entiendo que existe el riesgo de infección por cualquier enfermedad de la comunicación, que incluye, entre otros, COVID-19. Entiendo que además de estos riesgos, existen peligros impredecibles involucrados en estas actividades. Conociendo todos estos riesgos, deseo voluntariamente participar [que mi hijo menor participe] en esta actividad y asumir todos los riesgos. Si observo [o mi hijo observa] cualquier peligro inusual o significativo, yo [nosotros] lo notificaremos al funcionario más cercano de inmediato y apartaré [a mi hijo] de la participación si es necesario.

En consideración a mi participación [de mi hijo] en estas actividades, voluntariamente [liberamos] a la Ciudad de San Pablo y sus Concejales, Comisionados, oficiales, empleados, voluntarios y agentes, y cualquier patrocinador o promotor de estas actividades, de todos los reclamos, responsabilidades, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que yo [nosotros] podamos tener o acumular [nosotros], por daños a la propiedad, lesiones o muerte de cualquier manera que surjan de o estén relacionados con la participación en estas actividades. Esta renuncia y liberación es aplicable, aunque los actos negligentes de las partes liberadas puedan haber causado o contribuido a la lesión, muerte o daño a la propiedad.

Además, acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la Ciudad y sus funcionarios, empleados, voluntarios y agentes, quienes por negligencia o descuido podrían ser responsables ante mí (o mis herederos o cesionarios). Esta renuncia, liberación e indemnización es vinculante para mis [nuestros] herederos, dependientes, ejecutores, administradores y cesionarios.

También entiendo que yo [mi hijo] puede ser fotografiado o filmado durante mi participación en estas actividades. Doy mi consentimiento para que la Ciudad de San Pablo o los patrocinadores y promotores de estas actividades utilicen cualquier foto, video o película mía [mi hijo] para cualquier propósito legítimo, incluidas, entre otras, las publicaciones de la Ciudad, periódicos, televisión, radio, redes sociales e internet. Yo [Nosotros] no recibiremos ninguna compensación por el uso de estas fotografías o películas.

En caso de lesión o enfermedad, por la presente doy mi consentimiento y acepto ser responsable de los costos de transporte a un centro médico y cualquier examen, procedimiento o tratamiento que el personal médico considere necesario.

Estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y regulaciones de la Ciudad de San Pablo, el Condado, el Estado, y cualquier patrocinador o promotor, o cualquier equipo afiliado a estas actividades. Reconozco que se me han proporcionado estas reglas y regulaciones, que incluyen, entre otros, el Código de Conducta del Departamento de Servicio Comunitario y las cumpliré.

Todas las solicitudes de reembolso solo se considerarán cinco días antes de la primera fecha de la clase. Todos los reembolsos y / o transferencias iniciadas por el cliente tendrán una tarifa de cancelación de \$ 10.00 aplicada. Todos los programas están sujetos a cancelación o combinación debido a la baja inscripción. Si la ciudad emite una cancelación, se emitirá un reembolso completo si el cliente no puede transferirse a otro programa.

HE LEÍDO ESTA RENUNCIA Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, LA ENTIENDO COMPLETAMENTE Y FIRMA LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

Todos los participantes mayores de 18 años deben firmar e indicar la fecha a continuación

Nombre 1: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre 2: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre 3: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Selección de la sesión de campamento de verano

Marque una X en cada sesión en la que le gustaría registrar a su hijo. Marque si desea registrarse para cuidado extendido (AM/PM Care).

Nombre de los campistas (una forma por niño/a): _____

Edad: _____ Nombre de la escuela que atiende: _____

Campamento de deportes

<input type="checkbox"/> Soccer Camp Sesión 1: junio 13- junio 17		
<input type="checkbox"/> Basketball Camp Sesión 1: junio 21- junio 24	<input type="checkbox"/> AM Care	<input type="checkbox"/> PM Care
<input type="checkbox"/> Mixed Sports: julio 6- julio 8	<input type="checkbox"/> AM Care	<input type="checkbox"/> PM Care
<input type="checkbox"/> Basketball Camp Sesión 2: julio 11- julio 15	<input type="checkbox"/> AM Care	<input type="checkbox"/> PM Care
<input type="checkbox"/> Volleyball Camp Sesión 1: julio 18- julio 22	<input type="checkbox"/> AM Care	<input type="checkbox"/> PM Care
<input type="checkbox"/> Soccer Camp Sesión 2: julio 25- julio 29		
<input type="checkbox"/> Flag Football Camp Sesión 1: agosto 1- agosto 5		
<input type="checkbox"/> Volleyball Camp Sesión 2: agosto 8- agosto 12	<input type="checkbox"/> AM Care	<input type="checkbox"/> PM Care