



SI SE REGISTRA UTILIZANDO EL ENLACE DEL EVENTO O EL CÓDIGO QR, NO NECESITA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN PAPEL.

Formulario de Inscripción

Por favor complete todas las secciones. Este formulario debe estar firmado y archivado antes de participar en los programas de Klinik Kids.

Nombre del niño/a: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Edad: _____ Grado: _____

Sexo asignado al nacer: Femenino Masculino Prefiero no decir

Raza/Etnia (Marque todas las que correspondan):

(Pedimos esta información para asegurarnos de que nuestros programas sean acogedores, inclusivos y cumplan con los requisitos. Sus respuestas son confidenciales.)

- Nativo americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano o latino
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no decir

Escuela: _____

Nombre del padre/madre o responsable legal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico del padre/madre o responsable legal: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Talla de camiseta (Marque una):

Adulto S Adulto M Adulto L Adulto XL

¿Hay algo que debemos saber sobre su hijo/a (asma, alergias, autismo, medicamentos, etc.)?:

Autorización Médica y Exoneración

Por la presente, autorizo a los representantes de Klinik Kids, Inc. a proporcionar o coordinar tratamiento médico de emergencia según se considere necesario. Entiendo que se hará todo lo posible por contactarme antes de dicho tratamiento, si es posible. Acepto asumir todos los costos incurridos. Libero a Klinik Kids, Inc., su personal, entrenadores y voluntarios de cualquier responsabilidad derivada del tratamiento médico.

Exoneración de Responsabilidad

En consideración a la participación de mi hijo/a en los programas de Klinik Kids, Inc., libero y eximo de toda responsabilidad, reclamación o demanda a Klinik Kids, Inc., sus directivos, empleados y voluntarios por cualquier causa derivada de la participación, excepto en casos de negligencia grave o mala conducta intencional.

Autorización de Uso de Imagen (Media Release)

Autorizo a Klinik Kids, Inc. a utilizar la imagen, semejanza y/o voz de mi hijo/a en fotografías, videos y publicaciones con fines promocionales o educativos, tanto impresos como en línea. Renuncio a cualquier derecho de revisar o aprobar dichos materiales o de recibir compensación alguna.

Nombre del padre/madre o responsable legal: _____

Firma: _____ Fecha: _____