



**BERGENFIELD DEPARTMENT OF RECREATION**

198 N. Washington Avenue

Phone: (201) 387-4055 ext. 4095

**MEMORIAL PARK SUMMER RECREATION PROGRAM APPLICATION**

*Child's Information/ Información del Niño(a)*

Child's Name/Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_ Town/Cuidad \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Male/Female— Niño/Niña (Circle/Circule)

*Parent or Guardian Information/Información del Padre o Guardián*

Mother/Madre \_\_\_\_\_

Best Phone Number/Numero de Contacto \_\_\_\_\_

Father/Padre \_\_\_\_\_

Best Phone Number/Numero de Contacto \_\_\_\_\_

Any other form of contact/Otra via de Contacto \_\_\_\_\_

E-mail/Correo Electrónico \_\_\_\_\_

---

*Emergency Contacts/Contactos de Emergencia*

1. Name/Nombre \_\_\_\_\_

Telephone Number/Numero Telefónico \_\_\_\_\_

2. Name/Nombre \_\_\_\_\_

Telephone Number/Numero Telefónico \_\_\_\_\_

*Please list any medical concerns that we should be aware of (asthma, food allergies, bee stings, etc.)/ Por favor enumere cualquier preocupación medica que deberíamos tener en cuenta.*

\_\_\_\_\_

**Summer Program Fees**

**Bergenfield Residents:** \$175 per child, \$125 for every additional child

A \$50 per half-hour fee will be assessed for every late pick up.

**Residentes de Bergenfield:** \$175 por cada niño/a, \$125

cada niño/a adicional

Se cobrará una tarifa de \$ 50 por cada media hora que el niño/niña se recoja tarde.

Important! Must show proof of age and residency.

Importante! Necesitamos prueba de edad y residencia .

**Payment Information**

Amount Paid \_\_\_\_\_

Check No. \_\_\_\_\_

Cash \_\_\_\_\_

Proof of Residency \_\_\_\_\_

Driver's License

School Paperwork

Utility Bill

Other

---

*If none of the listed parents, legal guardians, or emergency contacts respond, I hereby give permission to the attending physician to hospitalize and/or administer proper medical treatment to each child listed on this registration form. / Si ninguno de los padres, guardianes, o contacto de emergencias nombrados en este formulario responden en caso de una emergencia, yo permito que el doctor disponible asiste en la atención medica necesaria para mi niño(a), sea hospitalizando o administrando tratamiento medico.*

*I have also read and understand the registration waiver and will claim to the best of my knowledge that all information is correct. /He leído y comprendo el formulario de registracion de renuncia; y entiendo a la medida de mis posibilidades que la informacion es correcta.*

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre o Guardian \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_

---

Office use only \_\_\_\_\_