



Bergenfield Department of Recreation

198 N. Washington Avenue
Bergenfield, New Jersey 07621
(201) 387-4055 ext. 4095

MEMORIAL PARK SUMMER RECREATION APPLICATION

Child's Name/Nombre del Niño/a _____ Age/Edad _____

Address/Dirección Postal _____ Town/Localidad _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ Gender/Genero _____

Siblings in the program/hermanos(a) en el programa _____

Parent or Guardian Information/Información de Padre(s) o Tutor

Name of Parent(s) or Legal Guardian(s)/Nombre de Padre(s) o Tutor: _____

Main Contact Phone Numbers/Numero de Teléfono de Contactos

Father/Padre: _____ Mother/Madre: _____

Work/Trabajo: _____ Other Number/Otro Teléfono: _____

Email/Correo Electrónico: _____

Emergency Contact/Contactos de Emergencia

In case of an emergency, the following individuals will accept responsibility for my child/En caso de emergencia, esta persona(s) pueden aceptar responsabilidad por mi hijo/a:

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Phone Number/Teléfono: _____

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Phone Number/Teléfono: _____

Important Health Information/Informe de Salud

Please list any medical conditions we should be aware of such as asthma, diabetes, allergies, etc. Please be as detailed as possible./Por favor de indicar si el niño/a tiene algún problema de salud como asthma, diabetes, alergias, etc. que deberíamos tomar en cuenta. Por favor especifique su respuesta. _____

PLEASE CONTINUE APPLICATION ON BACK/A CONTINUACION ATRAS

Proof of Age and Residency

Important! Documentation required to confirm age and residency/Importante! Se requiere documentos para validar la información brindada.

Proof of Age:

- Birth Certificate/Certificado de Nacimiento
- Passport/Pasaporte

Proof of Residency:

- Driver's License
- Utility Bill
- Other _____

Summer Program Fees

Bergenfield Residents:	\$175 per child and \$125 for every additional child
Residentes de Bergenfield:	\$175 por cada niño/a y \$125 por cada niño(a) adicional
Non-Residents:	\$350 per child and \$250 for every additional child
Residentes de otra localidad:	\$350 por cada niño/a y \$250 por cada niño(a) adicional

Payment Information

Amount Paid: _____

Form of Payment:

- Check No. _____
- Cash

Hold Harmless/Registration Waiver

I/We, the parents of the child listed on this form, hereby give my/our permission to participate in any and all Summer Recreation activities. I/We assume all risks and hazards incidental to such participation including transportation to and from the activities and I/We hereby waive, release, absolve, indemnify and agree to hold harmless the organizers, sponsors, supervisors, participants, and persons transporting my/our child to and from activities, for any claim arising out of an injury to my/our child, whether the result of negligence or for any other cause, except to the extent and in the amount covered by accident or Liability Insurance.

Furthermore, if the parents, guardian, or emergency contacts listed on this form do not respond in case of an emergency, I/We hereby give my/our permission to the attending physician to hospitalize and/or administer proper medical treatment to the child listed on this form.

I/We read and understand the hold harmless and registration waiver and will claim to the best of knowledge that all information is correct.

Parent or Guardian Signature/Firma del Padre o Tutor: _____

Date/Fecha: _____

Office use only _____

Yo / Nosotros, los padres del niño registrado en este formulario, doy permiso para participar en todas las actividades de recreación en el programa de verano. Asumimos todos los riesgos y peligros relacionados con dicha participación, incluyendo el transporte a las actividades. Por este medio renunciamos, liberamos, absolvemos, indemnizamos y acordamos que no se hacen responsables los organizadores, patrocinadores, supervisores, participantes y personas que transportan mi / nuestro hijo a las actividades, por cualquier reclamo que surja de una lesión a mi / nuestro hijo, ya sea como resultado de una negligencia o por cualquier otra causa, excepto en la medidas y en la cantidad cubierta en el seguro de responsabilidad.

Los padres serán notificados de cualquier enfermedad o accidente de su hijo/a y del cuidado apropiado que se le dará. En caso de una emergencia en la cual yo/nosotros no podemos ser contactados inmediatamente, yo autorizo cuidado médico y/o quirúrgico para mi hijo/a mientras él/ella este participando en el programa de recreación.

Yo he leído y he comprendido las normas establecidas anteriormente y reclamo que toda la información es correcta.

