

家長/法定監護人資訊:

名字: _____ 姓氏: _____
出生日期: _____ / _____ / _____ 地址: _____
公寓號碼: _____ 城市: _____ 郵遞區號: _____ 新地址: 是/否
住家電話: _____ 行動電話: _____
電子郵件地址: _____
緊急聯絡人姓名: _____
關係: _____ 電話: _____

性別取向:

男性 不受此二性別所限 變性人
 女性 性別不一致 其他: _____

父母/法定監護人的種族/族裔 (選擇所有適用的):

黑人/非洲人描述 中東 夏威夷原住民/其他太平洋島民
 西語裔/拉丁裔 東南亞 (例如泰國, 柬埔寨) 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
 非西班牙裔白人 南亞 (例如印度, 巴基斯坦) 拒絕陳述
 越南語 東亞 (例如日本, 中國, 韓國) 其他: _____
 菲律賓人 美洲原住民

參與者偏好的口語:

英文 越南語 國語 拒絕陳述
 西班牙文其 他加祿語 廣東話 他: _____

參與者資訊: (1)

名字: _____ 出生日期: _____ / _____ / _____
姓氏: _____
活動名稱: _____ 課程編號: _____
活動名稱: _____ 課程編號: _____
活動名稱: _____ 課程編號: _____

性別取向:

男性 不受此二性別所限 變性人
 女性 性別不一致 其他: _____

參與者的種族/族裔: (請選擇所有適用選項)

黑人/非洲人描述 中東 夏威夷原住民/其他太平洋島民
 西語裔/拉丁裔 東南亞 (例如泰國, 柬埔寨) 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
 非西班牙裔白人 南亞 (例如印度, 巴基斯坦) 拒絕陳述
 越南語 東亞 (例如日本, 中國, 韓國) 其他: _____
 菲律賓人 美洲原住民

參與者偏好的口語:

英文 越南語 國語 拒絕陳述
 西班牙文其 他加祿語 廣東話 他: _____

參與者資訊: (2)

名字:	_____	出生日期:	____/____/____
姓氏:	_____		
活動名稱:	_____	課程編號:	_____
活動名稱:	_____	課程編號:	_____
活動名稱:	_____	課程編號:	_____

性別取向:

<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 不受此二性別所限	<input type="checkbox"/> 變性人
<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 性別不一致	<input type="checkbox"/> 其他: _____

參與者的種族/族裔: (請選擇所有適用選項)

<input type="checkbox"/> 黑人/非洲人描述	<input type="checkbox"/> 中東	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/其他太平洋島民
<input type="checkbox"/> 西語裔/拉丁裔	<input type="checkbox"/> 東南亞 (例如泰國, 柬埔寨)	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民
<input type="checkbox"/> 非西班牙裔白人	<input type="checkbox"/> 南亞 (例如印度, 巴基斯坦)	<input type="checkbox"/> 拒絕陳述
<input type="checkbox"/> 越南語	<input type="checkbox"/> 東亞 (例如日本, 中國, 韓國)	<input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 菲律賓人	<input type="checkbox"/> 美洲原住民	

參與者偏好的口語:

<input type="checkbox"/> 英文	<input type="checkbox"/> 越南語	<input type="checkbox"/> 國語	<input type="checkbox"/> 拒絕陳述
<input type="checkbox"/> 西班牙文其	<input type="checkbox"/> 他加祿語	<input type="checkbox"/> 廣東話	<input type="checkbox"/> 他: _____

特殊遷就:

聖荷西市的公園、遊憩和鄰里服務部 (Department of Parks, Recreation, and Neighborhood Services) 歡迎身心障礙人士加入計劃。請註明參與者、任何醫療疾病, 並說明成功參與計劃時任何所需的遷就: (過敏、行為支持食物/藥物)

姓名:	_____
特殊住宿:	_____

支付:

<input type="checkbox"/> 支票 — 收款人為聖荷西市 City of San José	<input type="checkbox"/> 信用卡	<input type="checkbox"/> MasterCard
<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Discover
信用卡卡號: _____	有效日期: ____/____/____	
CVV: _____	簽名: _____	

免責聲明

本申請人考慮申請參加本市設施或本市贊助的課程/計劃, 並已閱讀列出的 **PRNS** 政策和程序。申請人同意為本市、其官員、代理人和員工 (以下統稱為「本市」) 辯護、賠償並使其免受任何及所有索賠、要求、訴訟原因, 或本市因申請人在參加上述課程和計劃中的行為或不作為的行為而直接或間接引起的所有或部分責任; 但因本市重大疏忽或故意不當行為而引起的情況, 則不在此限。在申請人為本市辯護的任何針對本市的訴訟或索賠中, 本市有權批准為本市提供辯護的法律顧問, 且該批准不得有不合理拒絕之情事。申請人還同意免除對本市任何損害的索賠, 包括因使用本市財產而發生或產生的財產損失、傷害或死亡; 但因本市嚴重疏忽或故意不當行為而造成的情況, 則不在此限。本人瞭解並承認, 若參與 **CA** 健康及安全法規 **124235** 所列之計劃, 納入之參與者將受到 **CA** 健康及安全 **124235** 所述之腦震盪計畫所約束, 其中包括「重返播放」程序。我已經閱讀上述協議, 並完全瞭解我承擔所受傷害的所有風險。

◇ 簽名: _____ 日期: _____

照片免責聲明

I understand that City of San Jose may photography or video tale the events or activities in which I am (or my child is participating in. I give my permission for the City to use photographs or videotapes for me (or my child) for the purpose of promoting the City of San Jose and its services or for education purpose. I give my permission with the following understand: No compensation of any kind will be paid to me (or my child) at this time or in the future for the use of my (or my child's) likeness. Permission is not required to participate in City events.

◇ 簽名: _____ 日期: _____