



OXNARD CITY CORPS

Aprendiendo a través del Trabajo y Servicio Comunitario

Solicitud de Membresía Adulta

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nombre *Apellido*

Domicilio: _____
Dirección *Apartamento / Unidad*

Ciudad *Estado* *Código Postal*

E-mail: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Móvil: _____

EDUCACIÓN

	Nombre de la Escuela	Grado Actual	Consejero Escolar
Escuela Intermedia			
Escuela Secundaria (High School)			
Otro			

EXPERIENCIA DE TRABAJO

Fecha	Nombre y Dirección del Empleador	Salario	Posición	Razón por la cual dejo

¿Tiene una licencia de conducir válida de California? Sí ___ No ___ Numero de Licencia de Conducir _____

¿Cómo se enteró de City Corps? padre ___ escuela/administrador ___ sitio web ___ redes sociales ___ amigo(a) ___ revista ___
probación ___ departamento de policía ___ otro (explique): _____

¿Por qué quiere unirse a City Corps? _____

¿Tiene usted alguna experiencia de servicio a la comunidad? _____

Certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas. Estoy de acuerdo y entiendo que cualquier información falsa u omisión de información puede resultar en la terminación de Oxnard City Corps.

FECHA

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FORMULARIO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO

ACTIVIDAD: CITY CORPS Enero 1, 2019 – Diciembre 31, 2019 (ACTIVIDADES, EVENTOS Y EXCURSIONES)

Reconozco que tengo el conocimiento por el cual cuyo nombre aparece arriba puedo ser participe en (“la actividad”) mencionada anteriormente. E libero y descargo de toda responsabilidad de derecho de demanda por daños y perjuicios por muerte, lesión o daño a la propiedad, que pueda tener o que resulte en el futuro, como resultado del participante en dicha actividad. Este descargo libera de responsabilidad, por adelantado, a los promotores, patrocinadores, oficiales y municipalidades y/o otras o entidades públicas involucradas y sus respectivos agentes y empleados, de y contra cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de, la participación del participante, en tal actividad, aún cuando esa responsabilidad surja de la negligencia o descuido por parte de las personas o entidades mencionadas anteriormente.

Además, comprendo que durante tal actividad ocasionalmente suceden accidentes serios, y que los participantes en tal actividad en ocasión sufren serias o mortales lesiones personales y/o daños a la propiedad como resultado de lo mismo. No obstante, teniendo conocimiento de los riesgos que presenta esta actividad, el participante mencionado, por medio de la presente yo descargo y amparo a todas las personas y entidades mencionadas anteriormente quienes, por negligencia o descuido puedan, de otra manera ser responsables a mí, o mis herederos o apoderados por daños.

Entiendo que para poder participar en Oxnard City Corps; el participante nombrado arriba debe cumplir con ciertas normas de vestimenta. Se prohíbe usar sandalias, pantalones cortos (shorts), joyas colgantes, cualquier forma de vestir o accesorio que identifique al estudiante con una pandilla, halter/cisterna o cualquier accesorio de ropa que no es apropiada para el trabajo que se realiza en Oxnard City Corps.

Asimismo, queda entendido y acordado que este descargo, liberación y aceptación de riesgo es valedera para mis herederos y apoderados. También consiento a que se tomen fotografías, transparencias, películas y videos del participante en conexión con la participación del participe en esta actividad o evento sin compensación por parte de la Ciudad de Oxnard, California, tenedor de licencia/patrocinador y consiento al uso de estas fotografías, transparencias, película o video para cualquier propósito legal.

Estoy de acuerdo en aceptar y cumplir las reglas y reglamentos del Departamento de Recreación y Servicios a la Comunidad de la Ciudad de Oxnard.

FECHA

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

En el caso de enfermedad, accidente o lesión repentina que pudiera suceder mientras estoy participando en actividades supervisadas por City Corps y sus representantes, agentes o apoderados, cuando no sea posible ponerse en contacto con algún pariente o médico familiar designado, doy mi consentimiento de conformidad, de acuerdo con el Código Civil de California Número 25.8, para el tratamiento de emergencia, según lo dicten las circunstancias, por un médico licenciado bajo las leyes del Estado de California.

FECHA

FIRMA DEL PARTICIPANTE

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de Familia: _____ Teléfono: _____

Aseguranza : _____ Tipo de Protección Médica: _____

Datos Médicos Pertinentes (EPILEPSIA, DIABETES, ALERGIAS, ETC.)

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACION: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ RELACION: _____ TELÉFONO: _____