



Placer Sheriff's Activities League

916.652.2422



NOMBRE DEL NIÑO/A: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ NIÑA ____ NIÑO ____

Étnicidad: Latino Caucaásico Africano Americano Isleño del Pacífico Nativo Americano Indio del Este Asiático

DOMICILIO: _____
CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DEL HOGAR: _____ COMPAÑÍA CELULAR _____
(ATT, Sprint, Meto PCS, Verizon, TMobil. etc...)

NOMBRE DE PADRE O TUTOR: _____

NOMBRE Y DOMICILIO DE SU TRABAJO: _____

TELÉFONO TRABAJO: _____ ESCUELA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Los honorarios anuales son \$25 (CUBRE UN AÑO DE CALENDARIO COMPLETO). Entiendo que ningún reembolso se emitirá después de la aprobación de la membresía. Me encargaré de transportar a mi niño a un centro de PSAL.

Necesita las cuotas renunciadas: Si / No. si "sí", cuál es su ingreso anual y el número de personas en su hogar: _____

CONSENTIMIENTO PARENTAL, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO, Y NOTIFICACIÓN DE SEGURO

Yo/nosotros, los padres del candidato anteriormente nombrado para la membresía en Liga De Actividades De PLACER SHERIFF (PSAL), doy mi/nuestra aprobación para su participación en todas las actividades de PSAL durante la temporada actual. Yo por este medio asumo todos los riesgos y peligros de dicha participación, incluyendo el transporte a y de las actividades. Yo/nosotros estamos de acuerdo en librar, eximir, indemnizar y de acuerdo a la exención, el Condado de Placer, PSAL, las respectivas asociaciones sancionadoras, organizaciones, o ligas y organizadores, patrocinadores, supervisores, participantes y personas quien transportan a mi/nuestro niño/a a y de las actividades, para reclamaciones derivadas de daños a mi/nuestro niño. PSAL tiene cobertura de seguro de accidentes de grupo para gastos médicos y hospitalizaciones, con un deducible por cada accidente. El seguro es secundario cuando hay cualquier otro seguro válido y cobrable proporcionada por padres/tutores. Cobertura limitada sera previsto para un accidente con limitada cobertura dental para los dientes sanos y naturales. Una copia de la política está disponible para inspección en la oficina PSAL. En firmar este relevo de responsabilidad yo/nosotros reconocemos que: (1) cualquier reclamación de servicio médico que surge de una lesión se debe informar a un funcionario de la Liga PSAL dentro de treinta (30) días de la fecha de la lesión; (2) he/hemos leído el relevo de responsabilidad, entendido y firme voluntariamente. Yo entiendo que cualquier cuota de inscripción o de otras sumas pagadas no constituye el pago de una prima directa para el seguro.

Tiene seguro de salud o grupo médico: SI ____ NO ____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ PLAN # _____ o NÚMERO MEDICO _____

En caso de lesiones a mi/nuestro niño, _____, nosotros damos autoridad a un médico calificado a dar tratamientos médicos como dijo médico considere necesario bajo las circunstancias. Yo/nosotros, los padres/tutores del candidato de PSAL anteriormente nombrado he leído y entendido el anterior consentimiento parental, cláusula de información de seguros, y autorización de tratamiento médico. Al firmar este formulario de registro, yo/nosotros damos el permiso para mi/nuestro niño a participar en todas las actividades de PSAL oficialmente reconocidas. **DEBE INCLUIR DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA ADEMAS DE LOS PADRES.**

Contacto de Emergencia #1 Número de teléfono de contacto #1 Contacto de Emergencia #2 Número de teléfono de contacto #2

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RELEVO DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO (MENOR)

Como padre de, _____, acepto permitir que mi niño/a participe en las actividades listadas en el formulario de mi niño, incluyendo viajes asociados.

SOY CONSCIENTE QUE ESTA ACTIVIDAD ES INHERENTEMENTE PELIGROSA Y ESTOY VOLUNTARIAMENTE PERMITIENDO QUE MI NIÑO PARTICIPE EN LA ACTIVIDAD CON EL CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS INVOLUCRADOS, ESPERADAS E INESPERADAS Y ME COMPROMETO A ACEPTAR TODOS LOS RIESGOS, LESIONES O LA MUERTE. INICIAL AQUÍ _____

A cambio de los beneficios de la participación de mi niño, estoy de acuerdo no demandar y liberar y eximir de responsabilidad al Condado de Placer, Placer SAL, sus oficiales, directores, empleados, agentes y voluntarios de cualquier responsabilidad por cualquier pérdida, lesión o muerte relacionada con mi participación en la actividad a excepción de la pérdida, lesión o muerte causada intencionalmente o por mala conducta intencional. La Liga De Actividades de Placer Sheriffs se reserva el derecho a fotografiar las instalaciones y los participantes del programa para fines promocionales. En nombre de mi niño, estoy de acuerdo con el uso de cualquier tal fotografía en las que él o ella pueden aparecer. Fotografías pueden utilizarse en folletos, exhibiciones con comunicados de prensa, en el sitio web del Condado de Placer, cualquier sitio web de redes sociales o el sitio de web de Placer SAL. Personas pueden enviar sus fotos para su consideración.

ESTE RELEVO DE RESPONSABILIDAD TIENE COMO OBJETIVO PROTEGER EL CONDADO DE PLACER, PLACER SAL, SUS OFICIALES, DIRECTORES, EMPLEADOS, AGENTES Y VOLUNTARIOS DE LOS RECLAMOS DE NEGLIGENCIA. SIN EMBARGO, ESTE RELEVO DE RESPONSABILIDAD NO PRETENDE EXIMIRLOS DE RESPONSABILIDAD VOLUNTARIOSOS O INTENCIONALES DE LOS ACTOS E OMISIONES QUE RESULTAN EN LA PÉRDIDA, LESIÓN O MUERTE.

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE RELEVO DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO. COMPRENDO PERFECTAMENTE SU CONTENIDO Y CONSECUENCIAS. SOY CONSCIENTE DE QUE SE TRATA DE UN RELEVO DE RESPONSABILIDAD, MANTENGA ACUERDO Y ACUERDO DE ASUNCIÓN DE RIESGO Y QUE ES UN CONTRATO ENTRE EL CONDADO DE PLACER, PLACER SAL, YO Y MI NIÑO LEAGALLY. ENTIENDO QUE ESTE RELEVO ES VINCULANTE PARA MIS HEREDEROS, REPRESENTANTES PERSONALES, FAMILIARES, CÓNYUGE, PAREJA Y ASIGNA. FIRMO ESTE ACUERDO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

DEBE SER COMPLETADO POR PADRES O TUTORES DE LOS MENORES PARTICIPANTES

He leído este acuerdo completamente y comprendo su contenido. Además, el significado del acuerdo de este relevo de responsabilidad y asunción de riesgo ha sido EXPLICADO A EL/LA MENOR.

Firma de padres o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de padres: _____

Domicilio: _____

(Por favor leer, firmar y adjuntar el código de conducta de PSAL.)





CÓDIGO DE CONDUCTA



Bienvenidos al Placer Sheriff's Activities League (PSAL). Nuestras actividades son ofrecidas para que ustedes las disfruten; por eso, su cooperación y deportividad son esencial sobretodo para el éxito del programa. Se espera que cada participante, los padres/guardianes, entrenadores, gerentes y miembros del público se porten de manera aceptable durante el programa entero. Empleados de PSAL reservan el derecho á tomar cualquier acción disciplinaria que sea apropiada con participantes, padres, entrenadores, gerentes y miembros del público quienes no se porten de manera aceptable. Las acciones disciplinarias incluyen pero no son limitadas á una suspensión de una actividad, ser expulsado/a del sitio, y prohibición de participar en programas en el futuro. El beneficio que el participante vaya a derivar depende mucho en la conducta del participante y sus padres/guardianes.

Todos los participantes de PSAL tanto como sus padres/guardianes son requeridos á cumplir con lo siguiente:

- Enseñar respeto a sus padres, oficiales, entrenadores, maestra/o, á él público, y otros participantes de PSAL.
- Mantener dominio propio á todos tiempos.
- No usar vocabulario profano, ni participar en comportamiento inapropiado.
- No usar ropa que promueve sexo, drogas, alcohol, tabaco, armas, ni actividad de pandillas/gangas.
- No participar en actividades ó hablar de manera que sea irrespetuosa á otros miembros de PSAL, ó empleados de PSAL.
- No permitir que participación en PSAL tenga efecto negativo en la tarea ó responsabilidades escolares.
- Ser buen ciudadano/a y obedecer todas las leyes.

Las reglas diarias de PSAL también vienen juntas con esta forma y son incorporadas en el acuerdo de participantes de PSAL y sus padres/guardianes.

Yo entiendo que con seguir el Código de Conducta de PSAL, yo estaré en buen estado y podré seguir atendiendo funciones de PSAL. Si yo estoy en violación de cualquier porción del Código de Conducta, acción disciplinaria podrá incluir prohibición de PSAL, como fue explicado previamente.

Mi hija/o se debe quedar cada día en el sitio de PSAL hasta que las actividades de PSAL concluyan, y yo recogeré a mi hija/o en el sitio de PSAL.

Mí hija/o debe quedarse en el sitio de PSAL hasta que las actividades de PSAL concluyan; pero, yo le doy permiso á mi hija/o de caminar á casa después que concluyan las actividades de PSAL cada día.

Sí algún problema con la transportación de la niña/el niño se presenta, debe contactar á un empleado de PSAL inmediatamente para hacer arreglos de transportación.

Nombre del miembro (favor de imprimir)

Firma del miembro

Nombre del padre/guardián (favor de imprimir)

Firma de padres/guardián

Fecha



Reglas Diarias

Sitio de web: Placersal.com

Lo siguiente es la lista de reglas cuáles han sido decididas por los empleados de PSAL. Con fallar de cumplir con cualquier de estas reglas, será sometido pero no limitado á las próximas consecuencias dirigidas por cualquier empleado de PSAL: **"Time out"/tiempo fuera de ciertas actividades, junta de empleados/visita en casa con los padres, ser suspendido de el programa por un plazo de tiempo, ó terminación de permiso de participar en el programa.**

Todos los participantes de PSAL son requeridos á cumplir con lo siguiente:

- Participe y llegue á tiempo.
- No use vocabulario profano, no corra con la excepción de donde es permitido, no grité.
- Ser respetuoso á sus alrededores, limpie lo que ensucie.
- Escuche y sea respetuoso á los empleados de PSAL y Parkside Church.
- Seguir y cumplir con directivos de empleados de PSAL.
- Respetar a sus compañeros y mantener la seguridad de PSAL y Parkside Church (No toleramos comportamiento "bully", hacerles burla á otros, pelear, y jugar agresivamente.)
- No usar ropa ó accesorios que promuevan la glorificación de actividades criminales, lenguaje profano, abuso de substancias, ó contenido sexual. No se permite ropa provocativa.
- No usar el teléfono/electrónicos.
- Comer y tomar solo en áreas cuáles son designadas para comida y bebidas.

Nombre del miembro (favor de imprimir)

Firma del miembro

Madre/Padre (favor de imprimir)

Firma de padre/guardián

Fecha





Hoja informativa sobre conmociones cerebrales

Una conmoción es un tipo de lesión cerebral que ocasiona cambios en la forma en que funciona el cerebro normalmente . Una conmoción es causado por golpe, impacto, o sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápida y repentinamente hacia atrás y adelante. I Hasta un “chichoncito” o lo que parece ser un golpe leve o una sacudida leve en la cabeza puede ser algo grave.

¿Cuáles son los signos y síntomas de una conmoción cerebral ? Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer justo después de una lesión o pueden no aparecer o se noten sino hasta días o semanas después de la lesión. Si un deportista presenta uno o más síntomas de una conmoción cerebral a continuación, luego de un golpe , impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo, no se le debe permitir contnuar jugando el día de la lesión y hasta que un profesional medico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales, indique que ya no presenta síntomas y que puede volver a jugar.

En casos pocos frecuentes, en las personas que sufren una conmoción cerebral puede formarse un coágulo de sangre peligroso que podría hacer que el cerebro ejerza presión contra el cráneo. Un deportista debe recibir atención médica de inmediato si luego de sufrir un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo presente alguno de los siguientes signos de peligro:

- Una pupila está más grande que la otra
- Esta mareado o no se puede despertar
- Dolor de cabeza que es persistente y además empeora
- Debilidad, entumecimiento o menor coordinación
- náuseas o vómitos constantes
- Dificultad para hablar o pronunciar las palabras
- Convulsiones o ataques
- No puede reconocer a personas o lugares
- Se siente cada vez más confundido, inquieto, o agitado
- Se comporta de manera poco usual
- Pierde el conocimiento (las pérdidas del conocimiento deben considerarse como algo serio aunque sean breves)

Signos observados por el personal de entrenamiento	Síntomas reportados por los deportistas
Parece aturdido o desorientado	Dolor de cabeza o “presión” en la cabeza
Está confundido en cuanto a su posición de juego	náuseas o vómitos
Olvida las instrucciones	Problemas de equilibrio o mareo
No está seguro del juego, de la puntuación o de adversarios	Visión borrosa o doble
Se mueve con torpeza	Sensibilidad a la luz
Responde a las preguntas con lentitud	Sensibilidad al ruido
Pierde el conocimiento (aunque sea por poco tiempo)	Sentirse débil, desorientado, aturdido, atontado o grogui
Muestra cambios de ánimo, comportamiento o personalidad	Problemas de concentración o de memoria
No puede recordar lo ocurrido antes del golpe o caída	Confusión
No puede recordar lo ocurrido después del golpe o caída	No “sentirse bien” o “con ganas de no hacer nada”

¿Qué debe hacer si cree que su deportista ha sufrido una conmoción cerebral ?

Si considera que un deportista tiene una conmoción cerebral, saquelo del juego y busque atención médica de inmediato. No intente juzgar usted mismo la seriedad de la lesión. no permita que el deportista regrese a jugar el mismo día de la lesión y espere a que un profesional médico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales indique que ya no presenta síntomas y que pueda volver a jugar.

El descanso es la clave para ayudar a un deportista a recuperarse después de una conmoción cerebral. Durante el ejercicio o las actividades que requieran de mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora o los juegos de video, pueden causar que los síntomas de la conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Después de una conmoción cerebral, volver a practicar deportes y regresar a la escuela debe ser un proceso gradual que tiene que ser controlado y observado cuidadosamente por un profesional médico.

Firma de padre:

_____ Fecha: _____

Firma del participante:

_____ Fecha: _____