



PEDAL POWER: CONDUCTOR DE BICICLETA

www.bicicentro.org/youth

El formulario debe de ser completado y firmado por **PADRE/TUTOR LEGAL**

Nombre del joven: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Alergias o medicinas: _____

(Si el estudiante tiene un inhalador de asma, debe traerlo a cada clase para poder montar en bicicleta)

Limitaciones físicas: _____ Altura (tamaño de la bicicleta) _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____

Domicilio _____

Ciudad, Estado y Código postal _____

Teléfono (_____) _____ E-mail _____

En caso de emergencia: Teléfono: _____

Relación con el participante: _____

Lengua principal: Ingles _____ Español _____ Otra _____

Proveedor de Seguro Médico _____ (Si no tiene seguro, deje en blanco)

Número de póliza: _____

Número de Identificación: ID#: _____

COSTO DE INSCRIPCIÓN: \$20 (no es reembolsable)

IMPORTANTE:

En el día 1, trae un casco y una bicicleta **en buena condicion** (revisa tu bicicleta antes del primer día de clase). Los estudiantes registrados sin bicicleta, pueden ganar una bicicleta reconstruida al final de las 6 semanas. **La asistencia es obligatoria para todas las clases.** Insíbete pronto, el espacio es limitado.

En la semana 2 o 3, los participantes pasaran una prueba de montar en bicicleta. Los estudiantes ciclistas que no demuestren la habilidad de conducir su bicicleta con seguridad no se unirán a paseos en grupo por las calles hasta que el instructor de su aprobación.

Si su hijo/a no sabe montar en bicicleta, favor de llamar a Christine: [805 699 6301](tel:8056996301)

Mi hijo/a va a utilizar su propia bicicleta en buena condicion: SI NO (circule su respuesta)
Mi hijo/a va a utilizar y ganar una bicicleta reconstruida: SI NO (circule su respuesta)

LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE VIDEOS Y FOTOS

Yo entiendo que los profesores (o voluntarios profesionales) puede tomar fotos y videos de mi hijo durante el programa. A veces, los fotógrafos y camarógrafos de los medios de comunicación también puede tomar imágenes de mi hijo. Estoy de acuerdo en que las fotografías de mi hijo, incluyendo videos, pueden ser utilizados gratuitamente por la Santa Barbara Bicycle Coalition/Bici Centro, productores, patrocinadores, organizadores para dar a conocer el programa en la página web, en los medios de comunicación, en nuestro boletín de noticias y en otros materiales que muestran el éxito del programa.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR

Yo, el padre o tutor legal, por la presente doy permiso al médico o al hospital, seleccionados por el portador de esta carta, a fin de ordenar rayos X, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de mi hijo en el caso de que no se puede haber contactado en el caso de una emergencia. Además, doy mi permiso para que el médico o el hospital elegido por el portador de esta carta, hospitalize, asegurar el tratamiento apropiado y para ordenar inyecciones y/o anestesia y / o cirugía para mi hijo, en caso de que no pueda haber sido contactado en caso de una emergencia médica. Entiendo que todos los esfuerzos serán hechos para contactarme antes de rendir el tratamiento a mi hijo. Además, entiendo que mi hijo va a participar en actividades intrínsecamente peligrosas y estoy de acuerdo en pagar los gastos médico de mi hijo/a.

LIBERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD: SE REQUIERE EL CASCO.

Entiendo que las clases se reunirán durante **6 semanas** después de la escuela (**18 horas de enseñanza**) y la asistencia es **obligatoria para todas las clases**. Soy consciente del riesgo de caminar y montar en bicicleta fuera del campus de la escuela y al participar en este evento voluntariamente asumo ese riesgo. Teniendo en cuenta que se me permita participar en este evento: 1. Yo libero a mí, mis herederos y representantes personales, la League of American Bicyclists, Inc, y los respectivos directores Bici Centro, funcionarios, voluntarios, instructores y personal (indemnizantes) de cualquier reclamo, responsabilidad, demanda, acción, y causa de acción alguna (colectivamente, "Reclamación") que surja de o esté relacionada con cualquier pérdida, daño o perjuicio (colectivamente, "Pérdida"), para mí, o de o a mi propiedad, que pueda sufrir en relación con, o que surjan de, este evento, 2. Si es menor de edad el solicitante registrado, yo (como padre o tutor legal) me comprometo a indemnizar y mantener indemne a cada uno de indemnizaciones ante cualquier reclamación por cualquier pérdida que dicho menor pueda sufrir en relación con o que surjan de este evento, y en contra de los gastos legales, o de otro tipo, efectuados por cualquier indemnización en relación con la defensa de cualquier reclamo por o en nombre de dicho menor por dicha pérdida, 3. Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia para mi hijo si él / ella está lesionado, 4. Voy a dar instrucciones a mi hijo para que obedezca las leyes de tránsito y la seguridad en la práctica el ciclismo, y 5. Voy a dar instrucciones a mi hijo para usar un casco aprobado por la CPSC en todas las actividades en bicicleta en este evento.

He leído, entiendo y apruebo el **COSTO DE INSCRIPCIÓN , GANAR UNA BICICLETA & HORARIO DEL PROGRAMA, la AUTORIZACIÓN DE VIDEOS Y FOTOS, AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD Y LIBERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD.**

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Recordatorio: Los servicios de reparación de bicicletas y paseos de grupo pueden ser actividades peligrosas y no hay tolerancia para el mal comportamiento en el programa. Si el estudiante debe perder una clase por necesidad, el o ella deben hablar con su instructor de antemano.

Contacto: Bici Centro: 805 617 3255 or Christine: edu@sbbike.org

Nota: Este formulario de autorización debe estar con los líderes de la salida en bicicleta en todo momento.