

City Parques y Recreación de la Ciudad de York

Formulario de Membresía del Centro Acuático Familiar



	Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	Dirección Correo Electrónico	Número de Tarjeta de Accesos
Contacto Principal						
Contacto Principal						
+1						
Child						
Child						
Child						
Child						
Child						
Child						
Child						

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Tipo de membresía: Día: Joven/Senior: ____ Adulto: ____
 Libro de cupones: Joven/Senior: ____ Adulto: ____
 No Nadadore: Joven/Senior: ____ Adulto: ____
 Temporada: Joven/Senior: ____ Adulto: ____ Familia: ____ Familia +1: ____
 Articulaciones: Joven/Senior: ____ Adulto: ____ Familia: ____

RENUNCIA PARA VOLVER A FIRMAR

Solo uso en Oficina

Membership Form: Date Received: _____ Date Entered: _____
 Membership Fee: Date Accepted: _____ Amount: _____ Payment Type: _____
 Key Tag(s): Date Given: _____ Amount: _____

City Parques y Recreación de la Ciudad de York

Formulario de Membresía del Centro Acuático Familiar

En consideración de obtener la membresía o poder participar en las actividades y programas del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de York y usar sus instalaciones, equipos y maquinaria, además del pago de cualquier tarifa o cambio, por la presente renuncio, libero y despiro para siempre a la Ciudad de York y sus empleados, oficiales, representantes, ejecutores y sus agentes de todas y cada una de las responsabilidades o responsabilidades por lesiones o daños resultantes de mi participación en cualquier actividad o mi uso de equipo o que surjan de mi participación en cualquier actividad en dicha instalación.

Por la presente me declaro además estar físicamente sano y no sufrir ninguna condición, impedimento, enfermedad, dolencia u otra enfermedad que me impida participar en cualquiera de las actividades y programas del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de York, o el uso de equipos o maquinaria, excepto como se indica a continuación. Por la presente reconozco que he sido informado de la necesidad de la aprobación de un médico para mi participación en una actividad de ejercicio / acondicionamiento físico o en el uso de equipos y maquinaria de ejercicio. Por la presente asumo toda la responsabilidad por mi participación y actividades, y la utilización de equipos y maquinaria en mis actividades.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Firma Representante de YPR: _____

Fecha: _____