

# Parques y Recreación de la Ciudad de York

## Formulario de membresía para centros Comunitarios y Auditorios



	Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)	Correo Electrónico	Número de tarjeta de Acceso
Contacto Principal							
Contacto Principal							
Child							
Child							
Child							
Child							
Child							
Child							
Contacto de Emergencia							

Tipo de membresía:	Día:	Joven/Senior: _____	Adulto: _____	Mediodía Baloncesto:	Estación: _____
	Libro de cupones:	Joven/Senior: _____	Adulto: _____	Pickleball Open Rec:	Estación: _____
	Mes:	Joven/Senior: _____	Adulto: _____	Familia: _____	
	6 Meses:	Joven/Senior: _____	Adulto: _____	Familia: _____	
	Anual:	Joven/Senior: _____	Adulto: _____	Familia: _____	
	Articulaciones:	Joven/Senior: _____	Adulto: _____	Familia: _____	
	Ciudad Bienestar:		Adulto: _____	Familia: _____	

Solo uso en la oficina

Office Use Only

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

## Parques y Recreación de la Ciudad de York

### Exención de membresía del Centro Comunitario y Auditorio

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 despido 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: \_\_\_\_\_

