

Urbana Park District Registration Form

505 W. Stoughton Ave • 217-367-1544

(Please Print)

Adult Contact _____ Adult Contact Birthdate _____

Address _____ City _____

State _____ Zip _____ Email _____

Home Phone (____)_____-____ Work Phone (____)_____-____ Cell Phone (____)_____-____

Emergency Phone (____)_____-____ Emergency Contact's name _____

Special needs, food allergies, etc . _____

ADA Information - Please complete if you need accommodation in accordance with the American with Disabilities Act.

Late notification of a needed accommodation request may result in delay of participation.

Accommodation needed: _____

I have read and agree to the terms contained in the Waiver and Release of Claims on the reverse side.

Adult Signature _____

Date _____

Participant Name (First, Last)	Birthdate mm/dd/yy	Gender	Grd	Code	Program	Fee	Office Use

I would like to contribute \$ _____ to the Park District's Scholarship Fund.

Total _____

FOR OFFICE USE:

F P M I

R/NR

MCID: _____

Taken by: _____ Date received: _____

Entered by _____ Date entered: _____ Email Print

Amount \$ _____ TPB: _____ TPB MCID: _____

Check: _____ Cash CC: Amex V M D



Waiver and Release of All Claims

I recognize and acknowledge that there are certain risks of physical injury to participants in the above program(s), and I agree to assume the full risk of any injuries, damages or loss regardless of severity that I or my minor child/ward may sustain as a result of participating in any and all activities connected with or associated such program(s). I agree to waive and relinquish all claims I or my minor child/ward may have as a result of participating in the program against the District and its officers, agents, servants and employees.

I do hereby fully release and discharge the District and its officers, agents, servants and employees from any and all claims from injuries, damage or loss which I or my minor child/ward may have or which may accrue to me or my minor child/ward and arising out of, connected with, or in any way associated with the activities of the program(s).

I further agree to indemnify and hold harmless and defend the District and its officers, agents, servants and employees from any and all claims resulting from injuries, damages and losses sustained by me or my minor child/ward arising out of, connected with, or in any way associated with the activities of the program(s). In the event of an emergency, I authorize District officials to secure from any licensed hospital, physician, and/or medical personnel any treatment deemed necessary for me or any minor child/ward's immediate care and agree that I will be responsible for payment of all medical services rendered.

**A cancellation fee may be charged if you cancel a class or program.
There will be a \$25 service charge on all returned payments.**

Renuncia y Liberación de todas las reclamaciones

Reconozco que hay ciertos riesgos de daño físico a los participantes en el programa anterior(es), y me comprometo a asumir todo el riesgo de lesiones, daños o pérdidas, independientemente de la gravedad que yo o mi hijo menor de edad / pupilo pueda sostener como resultado de la participación en cualesquiera y todas las actividades relacionadas o asociadas programa(s) de este tipo. Estoy de acuerdo en renunciar y abandonar todas las reclamaciones que yo o mi hijo menor de edad pueda tener como resultado de su participación en el programa contra el Distrito y sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados.

Yo libero totalmente y descargo el Distrito y sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados de cualquier y todos los reclamos de lesiones, daños o pérdidas que yo o mi hijo menor de edad puede tener o que puedan devengarse a mí o mi hijo menor de edad, relacionada con, o de cualquier manera relacionados con las actividades del programa(s).

También estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne y defender el Distrito y sus oficiales, agentes, funcionarios y empleados de cualquier y todas las reclamaciones derivadas de lesiones, daños y pérdidas sufridas por mí o mi hijo menor de edad, relacionados con, o de ninguna manera asociado con las actividades del programa(s). En caso de una emergencia, autorizo a los funcionarios del Distrito para asegurar de cualquier hospital, médico, y/o el personal médico con licencia cualquier tratamiento considere necesario para mí o para la atención inmediata de cualquier niño menor de edad y estoy de acuerdo que seré responsable por el pago de todos servicios médicos prestados.

**Una tarifa de cancelación podrá ser cobrada si cancela una clase o programa.
Habrá un cargo por servicio de \$25 en todos los cheques devueltos y pagos programados rechazados.**