

## Forma de la Juventud para Tasa de Becas

Nombre de la juventud \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_ Masculino o Femenino \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre de Padres / Guardián \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Por favor marque una**

- Estampilla de comida                       Medicaid                       Hoosier Healthwise

Enumera su primera y segunda opción! Estamos limitados en el número de participantes de becas que podamos inscribir en una clase.

Cualquier clase de la lista Tienen que cumplir con el requisito mínimo de asistencia antes de que podamos colocar un participante subvencionado en clase. Rellenando esta forma no garantiza al participante un cupo en el programa ni garantiza la tarifa reducida. Es un primer llegado primer servido base y registro no está completo hasta que se haga el pago.

Clase	Fecha	Dia	Tiempo de sesión	Localización de sesión	Tasa de Beca \$
1.					
2.					

Indica la forma de pago: Cheque # \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_\_\_ Tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

**Liberación y retiro de Reclamación**

El abajo firmante, por la presente y para mis herederos, albaceas, administradores, sucesores y cesionarios de liberación, absolvo y descargo para siempre la ciudad de South Bend, Departamento de Parques y Recreación y sus agentes, empleados, sirvidor, sucesores, herederos, albaceas y todos los demás personas, firmas, corporaciones, asociaciones de cualquier y todo reclamo, acción causas de acción, demandas, derechos, daños, costos, pérdida de servicio, gastos e indemnización alguna, que el suscrito tiene ahora, o que en adelante puedan surgir de cualquier y todos los daños, resultante de cualquier accidente, siniestro o evento que pueda ocurrir durante el momento o momentos que yo, mi hijo o pupilo (circule uno)

X \_\_\_\_\_ podra participar en la clase o clases enumeradas anteriormente patrocinado por la ciudad de South Bend, Departamento de Parques y operado por sus empleados o agentes; o durante el momento o momentos que pueda estar en la compañía de los agentes de cualquiera de dichos empleados, llevar a cabo sus funciones en el ejercicio de sus funciones oficiales.

El suscrito entre en este convenio conoce que él / ella renuncia a cualquier recurso o causa de acción contra El Departamiento de Parques de la Ciudad de South Bend, sus agentes, empleados, sucesores, herederos, albaceas y todas las personas otras, empresas, corporaciones, asociaciones o asociación que podría haber resultantes de cualquier daño físico o lesiones personales y la propiedad, y las consecuencias derivadas de cualquier incidente que pueda ocurrir, o ser causado por la negligencia o culpa grave de la ciudad de South Bend Departamento de Parques y Recreación y sus agentes.

El que suscribe ha leído el anterior comunicado de prensa y Renuncia a la demanda y comprende(n) completamente.

Imprime su Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Usted será contactado por el Departamento de Parques y Recreación de South Bend si su hijo califica para la tasa de becas y si la clase solicitada ha cumplido con los requisitos mínimos de clase.