



Dallas Police Athletic League GOLD MEDAL KIDS BIKE CLUB

Bicycling Registration Form for Youth ages 10-14

Application Information

Name: _____ Male Female

Address: _____ Zip: _____

Age: _____ Grade: _____ School: _____

T-Shirt Size: Yth S Yth M Yth L Yth XL Adult S Adult M Adult L Adult XL

Parent/Legal Guardian's Name: _____

Telephone (Home, Work or Cell): _____

Please list any Special Medical Condition(s) or medications taken which the Bike Club staff needs to be aware of:

If my child, _____, is injured and requires medical attention, and I cannot be reached for instructions, I do hereby give authority to the Dallas Police Athletic League or Community Council of Greater Dallas to obtain necessary emergency medical treatment for my child with the understanding that the family will be notified as soon as possible.

Printed Name of Parent or Guardian: _____

Signature of Parent or Guardian: _____

Emergency Contact Information

In case of an emergency, please contact:

Name: _____

Relationship to Child _____ Phone _____

Name: _____

Relationship to Child _____ Phone _____

Waiver

I desire my child to participate in the Gold Medal Kids Bike Club and participate in any and all activities. I understand that my child's height, weight, heart rate, and blood pressure will be measured the first week and the last week of the bike club session in order to determine any changes in physical fitness.

I agree in allowing my child to participate that I will hold the Dallas Police Athletic League, and the Community Council of Greater Dallas, and any other persons assisting with any phase of such activity harmless from any and all liability, claims, and responsibility for making such activities. I further release all of these parties from liability by reason of any accident or injury that might occur while participating in such activities.

Parent/Guardian's Signature

Student's Name

Relationship to Student

Date



Liga Atlética de la Policía de Dallas Club de Bicicletas de los NINOS DE LA MEDALLA DE ORO

Forma de Registración de los jóvenes ciclistas de las edades de 10-14

Nombre: _____ Masculino Masculino

Address: _____ Correo: _____

Edad: _____ Grado Entrante: _____ Escuela: _____

Tamano de Camiseta: JCh JMed JGde JXGde Adulto Ch Adulto M Adulto Gde AdultoXGde

Nombre Padre/o Guardian

Legal: _____

Teléfono (Casa, Trabajo, o Célular) _____

Por favor enliste cualquier Condición(es) Médica(s) ó medicamentos tomados de los cuales el equipo del Club de Bicicletas debe de tener conocimiento:

Si mi hijo/a, _____, está lastimado y requiere atención médica, y yo no puedo ser contactado para instrucciones, yo verifico que autorizo a la Liga Atlética de la Policía de Dallas ó al Community Council of Greater Dallas para obtener tratamiento médico de emergencia necesario para mi hijo/a entendiendo que la familia será notificada tan pronto como sea posible..

Nombre Impreso del Padre ó Guardian: _____

Firma del Padre ó Guardian: _____

Información de Contacto Para Emergencia

En caso de emergencia, favor de contactar a:

Nombre: _____

Relación con el niño/a _____ Teléfono _____

Nombre: _____

Relación con el niño/a _____ Teléfono _____

Renuncia Voluntaria

Yo deseo que mi hijo/a participe en el Club de Bicicletas de los Niños de la Medalla de Oro y participe en cualquier y todas las actividades. Yo entiendo que el peso, ritmo del corazón, y presión arterial de mi hijo/a serán medidos la primer y la última semana de la sesión del club de bicicletas para poder determinar cualquier cambio en su buena forma de estado físico.

Yo estoy de acuerdo que al permitir a mi hijo/a en participar en mantener a la Liga Atlética de la Policía de Dallas, y al Community Council of Greater Dallas, y cualquier otras personas ayudando con cualquier fase de tal actividad libre de toda culpabilidad, reclamos y responsabilidad por hacer tales actividades. También hago libre a todas estas personas de responsabilidad por razón de cualquier accidente o lastimadura que pudiera ocurrir al participar en dichas actividades.

Firma del Padre/Guardian

Nombre del Estudiante

Relación con el Estudiante

Fecha