

Fairfax County Neighborhood and Community Services  
Athletic Services & Community Use Scheduling  
**Formulario de inscripción para el Campamento de Fútbol de Culmore**

**REGÍSTRESE ANTES DE**

- **Correo electrónico:** [athleticservices@fairfaxcounty.gov](mailto:athleticservices@fairfaxcounty.gov) (**SUBJECT:** Culmore Soccer Camp Registration Form)
- **FAX:** 703-324-5546
- **Enviar por correo a:** Neighborhood & Community Services (NCS) /Athletic Services & Community Use Scheduling  
12011 Government Center Pkwy 10th Floor, Fairfax, VA 22035-1115

**INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Nombre del participante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Escuela (2024 - 25) \_\_\_\_\_ Nivel de grado (2024 - 25) \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/custodio \_\_\_\_\_ Padre/madre/custodio correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/CUSTODIO PARA EMERGENCIAS**

En caso de que no se me pueda ubicar por motivos de emergencia, los empleados del Condado de Fairfax que participan en este campamento tienen mi permiso, y acepto pagar los costos de (1) contactar al médico de la familia, o bien (2) utilizar el vehículo de un equipo de rescate más conveniente o ambulancia para transportar a mi hijo/a al hospital más cercano. Entiendo que se me ha aconsejado tener mi propia cobertura de seguro para mi hijo/a durante su participación en este campamento. **(Si no tiene seguro personal en casos de emergencias, tratamiento se dará de acuerdo con el término de emergencia.)**

Nombre del médico de la familia Proveedor de seguro médico \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto para emergencias \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
No. de póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Información sobre alergias / salud \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE LA FOTOGRAFÍA**

AUTORIZO  NO AUTORIZO  a NCS a utilizar la fotografía de mi hijo durante su programa de publicidad.

**LEY SOBRE LIBERTAD DE LA INFORMACIÓN DE VIRGINIA (VIRGINIA FREEDOM OF INFORMATION ACT - VFOIA)**

Comprendo que la información correspondiente a la inscripción de mi hijo es de registro público, y como tal, puede ser divulgada en conformidad con VFOIA, a menos que yo solicite específicamente que esta información no se divulgue.

AUTORIZO  NO AUTORIZO  a NCS a divulgar la información correspondiente a la inscripción de mi hijo/a.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

En nombre de mi hijo/a, acepto eximir de toda responsabilidad al Condado de Fairfax, sus funcionarios, empleados y voluntarios por cualquier y todo reclamo debido a lesión física y/o daños materiales que resultasen de la participación en cualquiera y todas las actividades auspiciadas por el campamento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/custodio:**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



El condado de Fairfax está comprometido a no discriminar en función de la incapacidad en todos los programas, servicios y actividades del condado. Se proporcionarán las adaptaciones razonables mediante solicitud. Para obtener información, llame a 702-324-5533, TTY 711. A Una publicación del condado de Fairfax, Virginia.

