



Sentinel Park 2021

Waukesha Parks, Recreation & Forestry Department

Registration Form for Playground Program

Traditional Drop-Off/In Site



Address must qualify for your child to attend this program.

***Please fill out one form per child**

*Child's Name (ages 6-12 yrs) _____

Address _____

Phone _____ Sex: M / F Child's Date of Birth _____

In case of emergency, contact _____ Relationship to child _____

Phone (h) _____ (w) _____ (cell) _____

Sentinel Park Playground Program: June 21 - August 12, 2021
Program Closed on 7/5

Activity Number: 3000.245

Please list any medical/behavioral conditions the playground leaders should be aware of, for example: food allergies, asthma, etc.

I, as the parent/legal guardian of the above-named child, hereby give permission for his/her participation in the above listed activities. I further authorize, without my prior approval, the rendering of any emergency medical treatment that may be necessary due to his/her participation in the activities.

Parent/Guardian (of child) Signature _____ Date _____

Please Print (Parent/Guardian) Name _____



Parque Sentinel Park 2021

Departamento Forestal de Parques y Recreación de la Ciudad de Waukesha
Matriculación para el Programa de “Playground” del parque Sentinel



***Por favor complete una forma por niño/a**

*Nombre del niño/a (las edades 6 a 12 años) _____

Dirección _____

Teléfono _____ Sexo M / F Fecha de nacimiento del niño/a _____

En caso de emergencia llame a _____ Relación al niño/a _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

**el Programa de “Playground ” de Saratoga se llevara a cabo: de
21 de junio al 12 de agosto de 2021 7/5-Cerrado**

El Número de la actividad 3000.245

Por favor liste cualquier condición médica/emocional o problemas de conducta de los cuales los líderes del programa deben estar enterados, como por ejemplo: alergias de alimento, asma, etc.

Yo, como padre/guardián legal del niño registrado en esta hoja, doy aquí permiso para su participación en las actividades mencionadas. También doy autorización, a que se administre tratamiento medico en caso de emergencia si tal vez sea necesario debido su participación en las actividades, sin necesidad de aprobación previa.

Firma del Padre/guardián (del niño/a) _____ Fecha _____

Por favor imprimir nombre del Padre/guardián (legible) _____
