



CITY OF PROVIDENCE  
RECREATION  
PARTICIPANT REGISTRATION FORM

**PARTICIPANT INFORMATION**

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Male: \_\_\_\_\_ Female: \_\_\_\_\_ Non binary: \_\_\_\_\_ Prefer not to disclose: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_ Grade Level: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Emergency Phone: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Email Address: \_\_\_\_\_

**PARTICIPANT DROP OFF /PICK UP INFORMATION**

Person who will **pick up** the participant after program: \_\_\_\_\_  
(Please print)

Driver's License / ID #: \_\_\_\_\_

**HEALTH HISTORY**

Allergies (include medications, foods, insect venoms) \_\_\_\_\_

*By signing this form, we the undersigned attest that all the information is correct to the best of our knowledge*

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name (please print) \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_



CITY OF PROVIDENCE  
**CIUDAD DE PROVIDENCE – RECREACIÓN**  
**FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL PARTICIPANTE**

**INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Masculino: \_\_\_\_\_ Femenina: \_\_\_\_\_ No binario: \_\_\_\_\_ Prefiero no revelar: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Padre: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PARA DEJAR Y RECOGER LOS PARTICIPANTES**

Persona que **recogerá** al participante después del programa: \_\_\_\_\_  
(Imprima en letra molde)

Número de la licencia de conducir/ID#: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD**

Alergias (incluyendo medicinas, alimentos, venenos de insectos) \_\_\_\_\_

*Al firmar este formulario, los abajo firmantes atestiguan que toda la información es correcta a lo mejor de nuestro conocimiento.*

**Firma del Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre (imprima en letra molde):** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

STEPHEN GRACE  
Director of Providence Recreation

BRETT P. SMILEY  
Mayor



## CITY OF PROVIDENCE

### WAIVER FORM

As the parent or legal guardian of a participant in activities to be conducted at one of the City of Providence Recreation Centers, I acknowledge that my child seeks to participate in such activities under the guidance of Recreation Department staff; that I understand that participation requires some physical fitness and that my child possesses such fitness; and given the prevalence of COVID-19 in the State, there is some risk of serious injury or even death is involved in participation in communal activities.

In consideration of my child's participation, I grant to the City of Providence, its officers, agents and employees, a waiver of liability with regard to my child's participation. I specifically acknowledge that a risk of injury or death exists, and assume said risk with respect to my child's participation in the Recreation Center Activities.

Participant Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH 401 455 8860 FAX  
**recreation@providenceri.gov**



CITY OF PROVIDENCE

**FORMULARIO DE RENUNCIA**

Como padre o guardián legal del participante en actividades que se realizaran en uno de los Centros de Recreación de Providencia, reconozco que mi hijo(a) busca participar en actividades bajo la guía de personal del Departamento de Recreación; que entiendo que la participación requiere cierta aptitud física y que mi hijo(a) posee tal condición física; y dada la prevalencia de COVID-19 en el estado, existe algún riesgo de lesiones graves e incluso la muerte está involucrada en estas actividades.

Teniendo en cuenta la participación de mi hijo(a), concedo a la Ciudad de Providencia, su agentes y empleados, exención de responsabilidad con respecto de participación de mi hijo(a). Reconozco específicamente que existe un riesgo de lesión o muerte, y asumir dicho riesgo con respecto a la participación de mi hijo(a) en actividades en el Centro de Recreación.

Nombre del (la) Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

STEPHEN GRACE  
Director of Providence Recreation

BRETT P. SMILEY  
Mayor



## CITY OF PROVIDENCE

### TRANSPORTATION AND PHOTO RELEASE FORM

My child has my permission to be transported to and from recreation centers, partner organization locations, areas where any program is being held and events on City of Providence provided transportation. I understand that such transportation may be on City of Providence Vans, buses and/or walking by foot. I/We believe that the reasonable and necessary precautions for safeguarding the participant during the trip will be taken. Beyond this, I/We agree to hold City of Providence Recreation Department harmless in the event of any injury to my child while she/he is participating in this off-Recreation Center activity

Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

During the year, several members of our staff take pictures or videos of participant's activities and events. In addition to using the materials for participant's publications and purposes, we occasionally would like to use the pictures or videos in advertising, brochures or other promotional materials. Please read and submit the following release form. I further agree that my participation and website produced by Providence Recreation confers upon me no rights of ownership whatsoever. I release Providence Recreation, its contractors and its employees from liability for any claims by me or any third party in connection with my participation.

Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH 401 455 8855 FAX  
**recreation@providenceri.gov**



CITY OF PROVIDENCE

**FORMULARIO DE TRANSPORTE Y DE PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA**

Mi hijo/hija tiene mi permiso para ser transportado desde y hacia los centros de recreación, ubicaciones de organizaciones asociadas, áreas donde cualquier programa se lleve a cabo, los juegos y eventos atléticos en la transportación proporcionada por la Ciudad de Providence. Yo entiendo que tal transportación puede ser por camioneta o autobús de la Ciudad de Providence y/o caminando a pie. Yo/Nosotros creemos que se tomaran las precauciones razonables y necesarias para salvaguardar al participante durante el viaje. Mas allá de esto, Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo de que el Departamento de Recreación de la ciudad de Providence no será responsable en el evento de una herida a mi hijo/hija mientras él/ella participe en la actividad fuera del Centro de Recreación.

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

Durante el año, varios miembros del Departamento de Recreación van a tomar fotos o videos de las actividades y eventos estudiantiles. Además de utilizar los materiales para publicaciones y propósitos de los estudiantes, que de vez en cuando nos gustaría utilizar las imágenes o vídeos en publicidad, folletos u otros materiales promocionales. Por favor, después de leerlo y estar de acuerdo con el formulario de autorización, devuélvalo al Departamento de Recreación. Estoy de acuerdo que la participación de mi hijo/a puede aparecer en nuestra página de internet creada por el Departamento de Recreación, no confiere sobre nosotros ningún derecho a daños y perjuicios. Libero al Departamento de Recreación, sus contratistas y sus empleados de toda responsabilidad por cualquier reclamación por mi o por terceros en conexión con mi participación.

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

Nombre del (la) Participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH 401 455 8855 FAX  
**recreation@providenceri.gov**



## CITY OF PROVIDENCE

### CONSENT FOR SHARING AND RELEASE OF STUDENT INFORMATION

#### **Who is Department of Recreation?**

The City of Providence's Recreation Department provides a network of neighborhood-based recreation spaces where all residents particularly children and youth, are engaged, healthy and feel safe.

#### **What is Department of Recreation asking for and why?**

We would like your permission to share the information we collect from you and your child with your child's school. Examples of the type of information we would share are your child's participation in the program, frequency of participation, activity involved in and relevant grades if applicable. If the Department of Recreation provides this kind of information to your child's school, then the school will have a full record of your child's engagement particularly during the summer. We would also like your permission to have the Providence Public School Department (PPSD) release information from your child's student record. The student record has information such as your child's attendance, scores on assessments (NECAP for example), types of services they may receive, discipline history, and other information. Having this information will help us better understand how our services work, and how we might improve them.

#### **What types of information does Department of Recreation share?**

The Department of Recreation sometimes shares the information we collect from you and your child with your child's school and/or evaluation partners and stores that information on a locked file cabinet and/or room. Examples of the type of information we may share are attendance, grade, age, sex and school name.

#### **If I agree to release the information to Department of Recreation, who will see my child's information?**

The only people who will see information from your child's student record are the Department of Recreation staff and administrators, and administrators at PPSD's Research, Planning and Accountability Department.

#### **How will Department of Recreation protect my child's information?**

All Department of Recreation staff members receive training in privacy & confidentiality procedures and sign confidentiality agreements. Department of Recreation staff keeps all child records locked in a secure location. Only the members of Department of Recreation staff will have access to the records. Data that will be shared with others will have identifying information removed to protect your child's identity.

#### **If I do not give permission, can we still participate in the Department of Recreation programs?**

Yes, you can still participate in the Department of Recreation activities. There are no penalties if you decide that you do not want to share this information.

#### **Who should I contact if I have any questions?**

If you have any questions now or in the future about any matter related to the Department of Recreation please call 401-680-7300

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH      401 455 8855 FAX  
**recreation@providenceri.gov**

STEPHEN GRACE  
Director of Providence Recreation

BRETT P. SMILEY  
Mayor



CITY OF PROVIDENCE

(please return this portion)

Child Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

**The Department of Recreation sharing information with PPSD**

- Yes I understand why the Department of Recreation is asking my permission to share information about me and my child **collected by Department of Recreation staff** with appropriate school faculty (classroom teachers, school administrators, and school clinicians) and I grant permission to Department of Recreation to share that information with school faculty.
- No I do not give permission to Department of Recreation staff to share information with my child's school.

**PPSD releasing information from my child's student record to the Department of Recreation**

- Yes I understand why Department of Recreation is asking my permission to access my child's student record and I grant permission to the Providence Public School Department to share that information with Department of Recreation.
- No I do not give permission to the Providence Public School Department to release information from my child's student record.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

I understand that my records are protected under the Federal Confidentiality Regulations (42CFR Part 2), Mental Health Law (40.1-2-26) and Health Care Information Act (RI General Laws 5.37.3-4), and cannot be disclosed without my written consent except as otherwise specifically provided by law. Any information released or received as a result of this consent shall not be relayed in any way to another person, organization or entity, without additional written consent from me unless it is by the Director of Department of Recreation acting in my behalf. I understand that state law mandates reporting of suspected abuse/neglect (to children, elderly and disabled persons) to the appropriate State authorities. I may withdraw this consent by giving written notification to the above party, at any time prior to the disclosure or release of the information. I understand and consent to my case file, and record being reviewed and information being used for administrative case review and program evaluation. I have read (or had it read to me), understand and agree to the conditions as outlined in this release.

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH 401 455 8855 FAX  
**recreation@providenceri.gov**





## CITY OF PROVIDENCE

### CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

#### **¿Quién es el Departamento de Recreación?**

El Departamento de Recreación de la Ciudad de Providence ofrece una red de espacios de recreación en el vecindario donde todos los residentes, especialmente los niños y jóvenes, están comprometidos, sanos y se sienten seguros.

#### **¿Qué pide el Departamento de Recreación y por qué?**

Nos gustaría su permiso para compartir la información que recopilamos de usted y su hijo(a) con la escuela de su hijo(a). Ejemplos del tipo de información que compartiríamos son la participación de su hijo(a) en el programa, la frecuencia de participación, la actividad involucrada y los grados relevantes, si corresponde. Si el Departamento de Recreación proporciona este tipo de información a la escuela de su hijo(a), entonces la escuela tendrá un registro completo del compromiso de su hijo(a), particularmente durante el verano.

También nos gustaría su permiso para que el Departamento de Escuelas Públicas de Providence (PPSD) divulgue la información del registro estudiantil de su hijo(a). El registro del estudiante contiene información como la asistencia de su hijo(a), los puntajes en las evaluaciones (NECAP, por ejemplo), los tipos de servicios que pueden recibir, el historial de disciplina y otra información. Tener esta información nos ayudará a comprender mejor cómo funcionan nuestros servicios y cómo podemos mejorarlos.

#### **¿Qué tipo de información comparte el Departamento de Recreación?**

El Departamento de Recreación a veces comparte la información que recopilamos de usted y su hijo con la escuela de su hijo y / o los socios de evaluación, y almacena esa información en un archivador y / o sala cerrados. Ejemplos del tipo de información que podemos compartir son asistencia, grado, edad, sexo y nombre de la escuela.

#### **Si acepto divulgar la información al Departamento de Recreación, ¿quién verá la información de mi hijo?**

Las únicas personas que verán la información del registro estudiantil de su hijo(a) son el personal y los administradores del Departamento de Recreación y los administradores del Departamento de Investigación, Planificación y Responsabilidad del PPSD.

#### **¿Cómo protegerá el Departamento de Recreación la información de mi hijo?**

Todos los miembros del personal del Departamento de Recreación reciben capacitación en procedimientos de privacidad y confidencialidad y firman acuerdos de confidencialidad. El personal del Departamento de Recreación guarda todos los registros de niños en un lugar seguro. Solo los miembros del personal del Departamento de Recreación tendrán acceso a los registros. Los datos que se compartirán con otros tendrán información de identificación eliminada para proteger la identidad de su hijo.

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH      401 455 8855 FAX  
**recreation@providenceri.gov**



CITY OF PROVIDENCE

**Si no doy mi permiso, ¿podemos participar en los programas del Departamento de Recreación?**

Sí, todavía puedes participar en las actividades del Departamento de Recreación. No hay sanciones si decide que no desea compartir esta información.

**¿A quién debo contactar si tengo alguna pregunta?**

Si tiene alguna pregunta ahora o en el futuro sobre cualquier asunto relacionado con el Departamento de Recreación llame al 401-680-7300.

**(por favor devuelva esta porción)**

Nombre del (la) Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

**El Departamento de Recreación compartiendo información con PPSD**

- Si Entiendo por qué el Departamento de Recreación está solicitando mi permiso para compartir información sobre mí y mi hijo(a) recopilada por el personal del Departamento de Recreación con la facultad apropiada de la escuela (maestros de aula, administradores escolares y clínicos) y otorgo permiso al Departamento de Recreación para compartir esa información con el profesor(a) de la escuela.
- No No doy permiso al personal del Departamento de Recreación para compartir información con la escuela de mi hijo(a).

**PPSD divulgando información del expediente estudiantil de mi hijo al Departamento de Recreación**

- Si Entiendo por qué el Departamento de Recreación está solicitando mi permiso para acceder al expediente estudiantil de mi hijo(a) y otorgo permiso al Departamento de Escuelas Públicas de Providence para compartir esa información con el Departamento de Recreación.
- No No doy permiso al Departamento de Escuelas Públicas de Providence para divulgar información de la escuela de mi hijo(a) expediente de estudiante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

Entiendo que mis registros están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad (42CFR Parte 2), la Ley de Salud Mental (40.1-2-26) y la Ley de Información de Atención Médica (Leyes Generales de RI 5.37.3-4), y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, salvo lo dispuesto específicamente por la ley. Cualquier información divulgada o recibida como resultado de este consentimiento no se transmitirá de ninguna manera a otra persona, organización o entidad, sin mi consentimiento adicional por escrito, a menos que sea el Director del Departamento de Recreación que actúe en mi nombre. Entiendo que la ley estatal obliga a informar sobre sospechas de abuso / negligencia (a niños, ancianos y personas discapacitadas) a las autoridades estatales correspondientes. Puedo retirar este consentimiento mediante notificación por escrito a la parte mencionada, en cualquier momento antes de la divulgación o divulgación de la información. Entiendo y acepto el archivo de mi caso, y el registro que se revisa y la información que se utiliza para la revisión administrativa del caso y la evaluación del programa. He leído (o me lo han leído), entiendo y acepto las condiciones como se describen en este comunicado.

**DEPARTMENT OF RECREATION**  
11 West Drive Providence, Rhode Island 02904  
401 680 7300 PH 401 455 8855 FAX  
**recreation@providenceri.gov**