

FOR OFFICE USE ONLY

Date Received: _____

**SPECIAL PEOPLE UNITED TO RIDE
MONMOUTH COUNTY PARK SYSTEM**

*PERSONAS ESPECIALES UNIDAS PARA MONTAR
SISTEMA MONMOUTH COUNTY PARK*

**805 Newman Springs Road, Lincroft, NJ 07738-1695
(732) 224-1367**

NUEVA APLICACIÓN ESTUDIANTIL

Por favor complete este formulario cuidadosamente y en detalle. Cuanta más información tengamos, mejor podremos servirlo.

El nombre del solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

Email: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

Altura: _____ Peso: _____ *Necesario para ayudarnos a elegir un caballo apropiado para montar.*

Discapacidad: _____

Historial de discapacidad (inicio): _____

Estado ambulatorio: Independiente _____ Camina con asistencia _____ Muletas _____ Silla de ruedas _____

Si la silla de ruedas está marcada, ¿puede el alumno sentarse sin apoyo con control de cabeza?

Sí _____ No _____

Antecedentes de convulsiones: Sí _____ No _____ Fecha de la última convulsión: _____

Médico del solicitante: _____ Teléfono: _____

Terapeuta del solicitante: _____ Teléfono: _____

Nombre de la escuela o programa diurno (si corresponde): _____

NO SE CONSIDERARÁ SI LA APLICACIÓN DEVUELTA SEA INCOMPLETA.

Esto no solo retrasará el proceso de solicitud, sino que puede poner en peligro el espacio en una sesión completa de equitación.

**JUNTA DIRECTIVA DE COMISIONADOS DE RECREACIÓN DEL CONDADO
DE MONMOUTH (SISTEMA MONMOUTH COUNTY PARK)
FORMA DE LIBERACIÓN**

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

_____ (Nombre del participante) quisiera participar en el programa terapéutico de equitación de los Comisionados de Recreación de la Junta del Condado de Monmouth. Reconozco los riesgos y el potencial de los riesgos de montar a caballo. Sin embargo, creo que los posibles beneficios para mí, mi hijo, mi hija, mi pupilo, son mayores que los riesgos asumidos. Por este medio para mí y para _____ (Nombre del participante), con la intención de estar legalmente obligado, para nosotros y nuestros herederos y cesionarios, o administradores, renunciamos y liberamos para siempre todos los reclamos por daños y perjuicios contra el Condado de Monmouth, la Junta de Comisionados de Recreación del Condado de Monmouth, sus Instructores, Terapeutas, Auxiliares, Voluntarios y, o Empleados por todas las lesiones y, o pérdidas que yo, mi hijo, mi hija, mi pupilo, puedan sufrir mientras participo en este programa de equitación.

Fecha: _____

Firma: _____
Participante o padre / tutor legal

Firma: _____
Padre / tutor legal

AMBOS PADRES O TUTOR LEGAL DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO

PUBLICACIÓN DE LA FOTO:

_____ No deseo que fotografíen a mi hijo. (No se requiere firma si esta opción está marcada).

_____ Por la presente doy mi consentimiento y autorizo el uso y la reproducción por parte del Sistema de Parques del Condado de Monmouth de todas las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de mí, mi hijo, mi hija, mi pupilo, para material impreso promocional, actividades educativas, exposiciones o para cualquier otro uso para el beneficio del programa.

Fecha: _____

Firma: _____
Participante o padre / tutor legal

Firma: _____
Padre / tutor legal

¿Le interesaría que su hijo aparezca en un boletín informativo de SPUR u otras publicaciones periódicas?

Sí _____ No _____

**Comisionados de la Junta de Recreación de la Junta del Condado de Monmouth
(Sistema de Parques del Condado de Monmouth)
Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia**

En caso de que se requiera asistencia, o tratamiento médico de emergencia debido a una enfermedad o lesión durante el proceso de recepción de los servicios, o mientras se encuentre en la propiedad de la agencia, autorizo al Sistema de Parques del Condado de Monmouth a:

1. Asegure el tratamiento médico y el transporte si es necesario.
2. Libere los registros del participante a pedido de la persona autorizada o agencia involucrada en el tratamiento de emergencia médica.

Nombre del participante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

En caso de que no pueda ser contactado, comuníquese con: _____

Contacto: _____ Teléfono: _____

Contacto: _____ Teléfono: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Instalaciones médicas preferidas: _____

Compañía de seguro de salud: _____ # De política: _____

ALERGIAS / CONDICIONES MÉDICAS / MEDICAMENTOS

PLAN DE CONSENTIMIENTO

Yo doy mi consentimiento para el tratamiento médico / asistencia de emergencia en el caso de enfermedad o lesión durante el proceso de recepción de los servicios o mientras está en la propiedad de la agencia. Esta disposición sólo se invoca si la persona que aparece a continuación no puede ser alcanzado.

Fecha: _____ Firma de consentimiento: _____
Participante o padre / tutor legal

Firma de consentimiento: _____
Padre / tutor legal

PLAN NO CONSENTIMIENTO

No doy mi consentimiento para tratamiento / ayuda médica de emergencia en caso de enfermedad o lesión durante el proceso de recibir servicios o mientras esté en la propiedad de la agencia. *En caso de que se requiera tratamiento / ayuda de emergencia, deseo que se realicen los siguientes procedimientos:*

Fecha: _____ Firma sin consentimiento: _____
Participante o padre / tutor legal

Firma sin consentimiento: _____
Padre / tutor legal

Mandatory

Weight Disclosure

Must be filled out by participant's physician

Weight Policy

In relation to horse health and safety, Special People United to Ride imposes a ruling on weight allowed on the herd of horses currently being utilized in our program.

In general and according to most published pieces a horse is able to carry a percentage of its weight depending on the breed, age, and current fitness without causing pain or long lasting ill effects over a period of time.

At this time this means our riders need to be below a certain weight in order to safely participate in our program.

Exceptions can be made at the total discretion of our trained staff and expert horse health care managers at Sunnyside Equestrian center if;

- a) The rider's ability to be balanced and in correct position can help the horse stay sound and stable.
- b) The rider is able to ride independently so volunteers and side walkers will not be put in an unsafe position.
- c) The rider can work from the ground for half hour lesson depending on whether they can walk/stand independently or with little assistance.

Rider's Name: _____

Rider's Height: _____ Weight: _____

Physicians Signature: _____