****

**Formulario de inscripción de Ciclismo**

*Insert Host Name, Date, Location & Registration Fee*

Es un placer para nosotros ofrecer este programa de ciclismo a personas con discapacidad y esperamos poder ayudar a que su familiar aprenda a conducir una bicicleta de dos ruedas de forma independiente.

**Requisitos para Participar (El ciclista debe cumplir todos los siguientes criterios):**

|  |  |
| --- | --- |
| * Edad mínima - 8 años
 | * Poder desplazarse hacia ambos lados
 |
| * Tener una discapacidad
 | * Disponibilidad para asistir al campamento los 5 días
 |
| * Ser capaz de caminar sin un dispositivo de ayuda
 | * Peso máximo 220 lbs.
 |
| * Estar dispuesto a llevar un casco correctamente ajustado
 | * Medida mínima de la entrepierna: 20" (medida desde el suelo con el ciclista usando calzado deportivo).
 |

NOTA: No está permitido dejar a los participantes en el programa. Uno de los padres, el tutor legal u otro adulto autorizado para hacerse responsable del ciclista (por ejemplo, otro padre) debe permanecer en el lugar durante los 75 minutos que dura el programa.

 **\*\*\*Todos los campos son obligatorios. No se aceptará la inscripción si este formulario está incompleto.\*\*\***

**Información del Ciclista/Familia:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Ciclista: |  |
| Apellido del Ciclista: |  |
| Género del ciclista (M o F): |  |
| Fecha de Nacimiento del Ciclista: |  |
| Altura del Ciclista (en pulgadas): |  |
| Peso del Ciclista: |  |
| Entrepierna del ciclista (pulgadas desde el suelo con calzado deportivo): |  |
| Talla de Camiseta del Ciclista: |  |
| Nombre del Padre/Tutor: |  |
| Apellido del Padre/Tutor: |  |
| Correo Electrónico del Padre/Tutor: |  |
| Teléfono del Padre/Tutor: |  |
| Teléfono Celular del Padre/Tutor: |  |
| Dirección del Domicilio: |  |
| Dirección del Domicilio, Ciudad, Estado, Código postal:  |  |
| Nombre del Contacto de Emergencia: |  |
| Teléfono del Contacto de Emergencia: |  |

**Información sobre Discapacidad:**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnóstico Principal: |  |
| Diagnóstico Secundario, si lo hay: |  |

***Por favor, proporcione información detallada sobre los diagnósticos anteriores para que podamos trabajar eficazmente con el ciclista (el recuadro se ampliará si se necesita más espacio):***

|  |
| --- |
|  |

**Información sobre Salud:**

|  |  |
| --- | --- |
| Alergias Alimentarias del Ciclista, si las hay: |  |

***Por favor, explique cualquier condición de salud/médica o preocupaciones de salud y cualquier instrucción especial (el recuadro se ampliará si se necesita más espacio):***

|  |
| --- |
|  |

**Elija una Sesión:**

***Por favor, numere cada sesión por orden de preferencia (es decir, 1º, 2º, 3º). Marque solo las sesiones a las que pueda asistir:***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sesión #1: 8:30 am – 9:45 am |
|  | Sesión #2: 10:05 am – 11:20 am |
|  | Sesión #3: 11:40 am – 12:55 pm |
|  | Sesión #4: 2:00 pm – 3:15 pm |
|  | Sesión #5: 3:35 pm – 4:50 pm |

**Información sobre el Pago:**

***Se requiere el pago de la cuota del campamento para procesar el formulario de inscripción. Por favor incluya un cheque de $XXX a nombre de Host Name o complete la información de la tarjeta de crédito para que el organizador la ingrese y procese:***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre en la Tarjeta de Crédito: |  |
| Número de Tarjeta de Crédito |  |
| Fecha de Expiración: |  |
| Código de Seguridad: |  |

**NOTA:** Aquí hay un salto de página intencional para garantizar que la información de la tarjeta de crédito (arriba) no aparezca en la misma página que la información del Ciclista (abajo) que se imprime y se comparte con los Voluntarios.

**Información sobre el Ciclista**

**(NOTA: Toda la información sobre el Ciclista que aparece a continuación se le proporciona verbalmente y/o en forma impresa a los Voluntarios Asignados al Ciclista. Por favor, no incluya ninguna información a continuación que usted no consienta que sea revelada a los Voluntarios Asignados al Ciclista)**

***Esta información ayuda al personal del campamento y a los voluntarios asignados a trabajar directamente con el ciclista para comprender y atender mejor las necesidades individuales del ciclista.***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Ciclista: |  |
| Apodo, si lo hay: |  |
| Edad al inicio del campamento: |  |
| Diagnóstico (opcional): |  |

***Por favor, marque con una "X" la casilla que mejor describa al Ciclista:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En términos generales, el Ciclista....** | **Sí** | **A veces** | **No** |
| puede comunicarse verbalmente |  |  |  |
| se siente cómodo con indicaciones físicas |  |  |  |
| utiliza imágenes para transmitir un mensaje |  |  |  |
| tiende a deambular/escaparse |  |  |  |
| se molesta con estímulos visuales o auditivos (por ejemplo, luces brillantes, ruidos fuertes) |  |  |  |
| se molesta con ruidos de fondo como música o conversaciones |  |  |  |
| **Comentarios/Información adicional ( los recuadros se ampliarán si se necesita más espacio)****incluya otras formas de comunicación, como el lenguaje de señas o un iPad, si es necesario:**  |

***Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas ( los recuadros se ampliarán si se necesita más espacio):***

1. ¿Qué estrategias utiliza para promover un comportamiento positivo y/o desalentar un comportamiento negativo que nos permita trabajar de forma segura y satisfactoria con el ciclista?

|  |
| --- |
|  |

2. ¿Cuáles son las actividades, películas, música, pasatiempos u otros intereses favoritos del ciclista?

|  |
| --- |
|  |

3. Sugiera elementos motivadores en caso necesario.

|  |
| --- |
|  |

4. ¿El ciclista ha asistido previamente a un programa de iCan Bike?

⎕Yes ⎕No

En caso afirmativo, indique los años:

|  |
| --- |
|  |

Describa el resultado:

|  |
| --- |
|  |

5. ¿El/ella ha conducido con ruedas de aprendizaje? (Sí/No)

 En caso afirmativo, describa brevemente su historial.

|  |
| --- |
|  |

6. ¿Ha sufrido el ciclista algún accidente en bicicleta? (Sí/No)

En caso afirmativo, explíquelo.

|  |
| --- |
|  |

7.Al participar en este programa iCan Bike, ¿cuáles son sus expectativas para su ciclista?

|  |
| --- |
|  |

**Declaración del Ciclista y Exoneración de Responsabilidad**

Nombre del Ciclista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor legal del Ciclista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El abajo firmante se compromete a lo siguiente:

**1. Asunción de Riesgos:**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soy el padre, madre o tutor legal del Ciclista arriba indicado y, personalmente y en representación de dicho Ciclista, he leído en su totalidad el Formulario de Inscripción para Ciclistas iCan Bike adjunto y los materiales relacionados que se han puesto a mi disposición en los que se describe el programa iCan Bike ("Campamento"), y soy consciente, comprendo y asumo los riesgos inevitables de la actividad inherentemente peligrosa de desplazarse en bicicleta, que implica movimiento y esfuerzo físico que podrían provocar, entre otras cosas, lesiones corporales graves o la muerte.

**2. Exención de Responsabilidad:**

 En consideración de que iCan Shine, Inc. ("iCan Shine"), sus afiliados [insert Host name], y [insert Facility name] permiten la participación del Ciclista arriba mencionado y MI participación en el Campamento, yo, por mí mismo y en nombre de dicho Ciclista, nuestros herederos, administradores, representantes personales o cesionarios, por la presente acepto liberar, indemnizar, eximir de responsabilidad y exonerar a iCan Shine, sus propietarios, agentes, empleados, funcionarios, ejecutivos, directores, representantes, afiliados, cesionarios, Rainbow Trainers, Inc, [insert Host and Facility name] y sus voluntarios, agentes, empleados y oficiales de y de todas las reclamaciones, demandas, causas de acción y responsabilidad, ya sean conocidas o desconocidas, anticipadas o no anticipadas, incluso si son causadas, en todo o en parte, **POR LA NEGLIGENCIA DE CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES**. Además, estoy de acuerdo en que no presentaré reclamaciones, demandas, acciones legales y causas de acción, contra iCan Shine y/o cualquiera de los anteriores por cualquier pérdida económica y no económica debido a lesiones corporales y/o muerte y/o daños a la propiedad, sufridos por dicho Ciclista o por MI en relación con las instalaciones y/o las operaciones del Campamento, que incluirán, pero sin limitarse a ello, montar, conducir, entrenar, manejar o estar cerca tanto de bicicletas convencionales de dos ruedas como del equipo de ciclismo adaptado y/o modificado utilizado por iCan Shine en las instalaciones durante el Campamento, independientemente de que dichas bicicletas y equipo sean o no propiedad de iCan Shine, o estén bajo el cuidado, custodia o control de iCan Shine.

**3. Indemnización:**

Si, a pesar de esta exoneración, yo, el Ciclista arriba mencionado o cualquier persona en nombre de dicho Ciclista presenta una reclamación contra iCan Shine o cualquiera de los anteriores, acepto indemnizar y mantener indemne a iCan Shine y a los anteriores de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados, pérdida, responsabilidad, daño o coste en el que puedan incurrir debido a la(s) reclamación(es) presentada(s) contra iCan Shine y los anteriores relacionada(s) con cualquiera de las actividades o actividades asociadas descritas anteriormente.

 Además, por la presente reconozco expresamente que las fotografías y/o vídeos de dicho Ciclista podrían ser tomados por terceros ajenos al control de iCan Shine y [insert Host and Facility names] en relación con la participación en el Campamento. Reconozco que iCan Shine y [insert Host and Facility names] tienen un control limitado o nulo sobre dichas actividades de terceros y no tienen ningún control sobre la edición y/o el uso de dichas fotografías y/o vídeos.

Firma del Padre/Tutor Legal del Ciclista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comunicado de Prensa y Recopilación de Datos**

 Doy permiso para que dicho Ciclista sea fotografiado y/o grabado en vídeo y posteriormente publicado en medios impresos o electrónicos por iCan Shine o [insert Host and Facility names] o terceras partes que actúen en nombre de iCan Shine o [insert Host and Facility names]. Reconozco y acepto que las fotografías y los vídeos podrán ser editados y utilizados en su totalidad o en parte según se desee para estos fines, y podrán ser producidos, duplicados, distribuidos y utilizados con fines informativos, promocionales u otros fines públicos. Entiendo que las fotografías y los vídeos no son de mi propiedad y que no se me compensará por ellos. Entiendo y autorizo el uso por escrito o de cualquier otro modo del nombre o identidad de dicho Ciclista.

Además, entiendo que los datos recogidos de este programa se utilizarán para ayudar al campamento a funcionar eficazmente en relación con las progresiones apropiadas, el tamaño de la bicicleta y la gestión del comportamiento. Reconozco que es posible que se pongan en contacto conmigo en el futuro para obtener información de seguimiento relativa al progreso del ciclista, su estado o para otras solicitudes que apoyen el futuro desarrollo y el éxito del programa.

Firma del Padre/Tutor Legal del Ciclista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrucciones de Envío:**

***Por favor, envíe por correo electrónico este formulario de inscripción debidamente completado junto con el pago a la dirección del Host Address o a la Host E-Mail Address.***