Kohl's Fit PROGRAM

PARTICIPATION FORM *Give completed form to your teacher*

NAME (first) (last)

DATE OF BIRTH **Circle One: MALE FEMALE**

Month Day Year

GRADE: _____

SCHOOL/GROUP NAME

Please check one box:

☐ Yes, I would like to receive *email updates* about the Kohl's Fit program.

Email address: _____

☐ Yes, I would like to receive *text messages* about the Kohl's Fit program.

Cell phone number: _____

☐ No, I would not like to receive text messages or emails.

WAIVER (Must be signed by parent or guardian)

This is to certify that my son/daughter has my permission to participate in the Phoenix Children's Hospital KohlsFIT Program and related events, and is in good physical condition. I, the undersigned, voluntarily waive, discharge and release the Phoenix Children's Hospital, and all agencies whose property and/or personnel are used, and other sponsoring or co-sponsoring company(ies), agency(ies) or individual(s) from responsibility for any injuries or damages my son or daughter may suffer as a result of my child's participation in the Phoenix Children's Hospital KohlsFIT and related events.

I will additionally permit, without compensation, the use of myself, son/daughter's name, quotes and pictures in broadcasts, telecasts, newspapers, brochures, videotaping and digital imaging etc. I authorize PCH, and permit the media to have access to the materials produced as part of this project. I understand that once the media obtains information about and photograph(s) of the student, the media may redisclose the information.

I certify that all information provided in this form is true and complete. I have read the entry information provided for the program and certify my compliance by signature below.

PRINTED NAME OF PARENT/GUARDIAN _____

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____

PROGRAMA DE Kohl's Fit

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN *Entregue el formulario completo al maestro*

NOMBRE **(Apellido)**

FECHA DE NACIMIENTO **Círculo Uno: MASCULINO FEMININO**

Mes Día Año

__ __

GRADO: _____

NOMBRE DE ESCUELA/GRUPO

Por favor, cheque una de las cajas:

☐ Sí, me gustaría recibir información sobre el programa de Kohl's Fit por *correo electrónico*.

Dirrección de correo electrónico: _____

☐ Sí, me gustaría recibir información sobre el programa de Kohl's Fit por *mensajes de texto*.

Número de celular: _____

☐ No, me gustaría recibir información por correo electrónico o mensaje de texto.

Relevo (Se debe firmar por uno de los padres o el tutor)

Esto tiene el propósito de certificar que mi hijo/hija tiene mi permiso para competir en el Programa KohlsFIT de Phoenix Children's Hospital y en los eventos relacionados, y está en buena condición física. Yo, la persona que firma a continuación, voluntariamente relevo de toda responsabilidad a Phoenix Children's Hospital y a todas las agencias cuyas propiedad y/o personal se utilizan, y otras compañías, agencias patrocinadoras o co-patrocinadoras, de toda responsabilidad por lesiones o daños que mi hijo o hija pueda sufrir como resultado de la participación de mi niño en KohlsFIT y los eventos relacionados de Phoenix Children's Hospital.

Además permito, sin recompensa, el uso del nombre mío o de mi hijo o hija, nuestras declaraciones y fotos en la radio, la televisión, los periódicos, folletos, videos, imágenes digitales, etc. Autorizo a PCH y permito a los medios de comunicación a tener acceso a los materiales producidos como parte de este proyecto. Entiendo que una vez que los medios de comunicación obtienen la información y fotos del alumno, pueden compartir la información.

Certifico que toda la información provista en este formulario es verdadera y completa. He leído la información de entrada provista para el programa y certifico mi cumplimiento con mi firma a continuación.

NOMBRE DEL PADRE,MADRE, O TUTOR _____

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____ FECHA _____