



**Membership Application- To Be Completed by Parent or Legal Guardian**  
**Solicitud de ingreso- que será completado por uno de sus padres o tutor legal**

**Section 1.**

**Demographic Information (Patient Information)/ Información demográfica (información del paciente)**

Name of Patient/ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

City/ Ciudad: \_\_\_\_\_ State/ Estado: \_\_\_\_\_ Zip/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone Number/ El número de telefono: \_\_\_\_\_

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/ Edad: \_\_\_\_\_

Gender/ género: \_\_\_\_\_

Patient Email/ Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_

**Section 2.**

**Parent/Legal Guardian Information/ Información del Padre, Madre o tutor legal**

Parent/Legal Guardian **Name/**  
**Nombre** del Padre, Madre o Tutor legal: \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian **Cell Phone/**  
**Teléfono** del Padre, Madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian **Email/**  
**Correo electrónico** del Padre, Madre o Tutor legal: \_\_\_\_\_

**Section 3.**

**Siblings (Under 18)** Other children in the household that may attend Bull City Fit with the patient and guardian.  
(Somebody who lives in the same house and has the same guardian)

**Los hermanos (menos de 18 años de edad)** Otros niños en el hogar que pueden asistir a Bull City Fit con el  
paciente y tutor. (Alguien que vive en la misma casa y tiene el mismo tutor)

Sibling #1/Herman(o/a) #1

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Age/ Edad: \_\_\_\_\_

- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Sibling #2/Herman(o/a) #2

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Age/ Edad: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Sibling #3/ Herman(o/a) #3

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Age/ Edad: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Sibling #4/ Herman(o/a) #4

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Age/ Edad: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Section 4.**

**Adult Family Fitness Partners (e.g. Parents, Aunts/Uncles, Grandparents)** that may attend Bull City Fit with the patient and assume medical and legal responsibility for the patient and other workout partners under 18. Workout partners should only be added if they have been given consent from a physician to participate in physical activity.

**Compañeros de ejercicios (por ejemplo, los padres, tío/tia, los abuelos).** Adultos de edad 18+ que acompañarán al participante a Bull City Fit y que asumirán responsabilidad médica y legal del participante y otros acompañantes menores de 18 años. Acompañantes de ejercicios solo serán añadidos si les han obtenido consentimiento médico para participar en actividad física.

Adult #1 / El Adulto #1

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Cell Phone/ Celular: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Adult #2 / El Adulto #2

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Cell-Phone/ Celular: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Adult #3 / El Adulto #3

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Cell Phone/ Celular: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### **Section 5.**

#### **Special Needs and/or Physical Limitations**

List any special needs or physical limitations that Bull City Fit staff should be aware of/

#### **Necesidades especiales y limitaciones físicas**

Lista de las necesidades especiales o las limitaciones físicas del cual el personal de Bull City Fit debe estar al tanto.

- 
- 
- 

### **Section 6.**

#### **Emergency Contact**

Emergency contact should be someone who does NOT attend Bull City Fit with the patient/

#### **Contacto de emergencia**

Contacto de emergencia debería ser alguien que no asiste a Bull City Fit con el paciente.

- Name/ Nombre: \_\_\_\_\_
- Cell Phone/ Celular: \_\_\_\_\_
- Relationship/ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### **Section 7.**

#### **Signature of Parent or Guardian**

The above named patient, sibling, and the parent or legal guardian of the above named patient and sibling, who is under 18 years, as a participant in Kohl's Bull City Fit do hereby acknowledge, agree, promise, and covenant with Duke University, and its trustees, officers, employees, agents and all other persons or entities, and do hereby release, hold harmless and discharge, Duke University, and its trustees, officers, employees, agents and all other persons or entities involved with Kohl's Bull City Fit from any and all liability for any injury, death, illness, disease and damage which my child might sustain while participating in activities sponsored by or associated with Kohl's Bull City Fit and Duke University, I execute this release on behalf of and with specific intent to legally bind myself, my heirs, assigned personal representatives and estate.

I hereby certify that my child has no medical conditions which will prevent normal participation in the subject event or program. I further understand and acknowledge that no medical insurance benefits will be provided for my child during this event. I also give my consent to individuals connected to and approved by Kohl's Bull City Fit administration to photograph myself and my family members, and use these photographs in Kohl's Bull City Fit promotional materials.

#### **Participant's Release and Agreement**

Please read this agreement carefully. It is a legal contract and affects any rights you may have if you are injured or otherwise suffer damages while participating in this activity.

I certify that I have read the policies of this program and understand and agree to the conditions of the membership. I further certify that the above information is true and that I have no health conditions that would prevent exercising with fitness equipment. I understand that certain physiological changes occur with exercise on fitness equipment, some of which can pose health risks. I agree to immediately report to the fitness technician any signs of physical distress or symptoms such as pain or unusual shortness of breath. I understand that I accept all risks associated with participating in the program, and it is my responsibility to self-monitor any change in or effect on my medical conditions (s). I understand that if I have the following temporary conditions, I cannot participate until the condition is no longer present:

- ▶ Fever greater than 100.4 degrees F
- ▶ Communicable viral, bacterial, or fungal disease
- ▶ Open wounds or skin lesions

By checking the box below, you are indicating that you have read this entire document, understand it completely and agree to be bound by its terms

**I Agree**

Parent/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### **Firma de los padres o tutores**

El participante mencionado anteriormente, acompañante, y el padre o tutor legal del paciente antes mencionado, como participantes en Kohl's Bull City Fit por este medio reconocen, de acuerdo, promesa y alianza con la Universidad de Duke, y su fideicomisarios, oficiales, empleados, agentes y todas las demás personas o entidades, y por este acto liberar, eximir de responsabilidad y descarga, la Universidad de Duke, y sus administradores, funcionarios, empleados, agentes y todas las demás personas o entidades involucradas con Kohl's Bull City Fit de cualquier y toda responsabilidad por cualquier lesión, muerte, enfermedad que mi hijo podría experimentar durante su participación en actividades patrocinadas por o asociados con Kohl's Bull City Fit y la Universidad de Duke, yo ejecuto esta firma con la intención específica de hacerme cargo legalmente de mí, mis herederos, representantes personales y propiedad.

Por la presente certifico que mi hijo no tiene condiciones médicas que impidan la participación normal en el evento o programa objeto. Además, entiendo y reconozco que no se brindarán beneficios de seguro médico para mi hijo durante este evento. También doy mi consentimiento para individuos conectados y aprobados por el gobierno de Kohl's Bull City Fit para fotografiar a mí mismo y los miembros de mi familia, y el uso de estas fotografías en materiales promocionales de Kohl's Bull City Fit.

### **Lanzamiento y Acuerdo del Participante**

Por favor, lea este acuerdo cuidadosamente. Se trata de un contrato legal y afecta a los derechos que pueda tener si usted se lesiona o sufre daños durante su participación en esta actividad.

Certifico que he leído las políticas de este programa y entiendo y acepto las condiciones de la membresía. Además, certifico que la información anterior es verdadera y que no tengo problemas de salud que impidan el ejercicio con aparatos de gimnasia. Entiendo que ciertos cambios fisiológicos se producen con el ejercicio en aparatos de ejercicios, algunos de los cuales pueden plantear riesgos para la salud. Estoy de acuerdo en reportar inmediatamente al técnico de fitness cualquier signo de sufrimiento físico o síntomas como dolor o falta de aire inusual. Entiendo que acepto todos los riesgos asociados con la participación en el programa, y es mi responsabilidad de auto-monitorear cualquier cambio o efecto sobre mis condiciones médicas (s). Yo entiendo que si tengo las siguientes condiciones temporales, no puedo participar hasta que la condición ya no está presente:

- ▶ Fiebre sobre 100.4 grados F
- ▶ Enfermedad viral contagiosa, bacteriana o micótica
- ▶ Heridas abiertas o lesiones en la piel

Al marcar la casilla de abajo, estás indicando que has leído este documento completo, comprenderlo completamente y acepta estar obligado por sus términos

**Estoy de acuerdo**

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_