Adult Volunteer Registration
For volunteers 18 and over

Please print neatly or type responses

Return to Daemion Lee at: City Year Rhode Island • 77 Eddy Street 2nd Floor Providence, RI 02903
Phone: (401) 454 – 3743 • Cell: (401) 808-2268 • Fax: (401) 553-2510 • dalee09@cityyear.org

Olneyville Shines – a Global Youth Service Day event – APRIL 24, 2010

PARTICIPANT INFORMATION

Name: _____ Title: ❑ Mr. ❑ Mrs. ❑ Ms./Miss ❑ Dr.
LAST FIRST MIDDLE

Address: _____ City, State, Zip: _____

Day Phone #: (___)_____ Eve. Phone #: (___)_____ Cell Phone #: (_____)_____

Email Address: _____ Age: _____ Gender *(optional):* ❑ Male ❑ Female

EMERGENCY MEDICAL ATTENTION INFORMATION

Medical Concerns: Please describe any medical/physical conditions which GYSD Collaborative staff should be aware of. Please include any dietary restrictions, allergies, chronic health conditions, and/or medications.

_____

_____

Emergency Contacts: Please list two emergency contacts

Name: _____ Relationship: _____ Day Phone #: (___)_____

Name: _____ Relationship: _____ Day Phone #: (___)_____

INFORMED CONSENT FOR PARTICIPANT WAIVER

I, _____, understand that I am spending time as a volunteer on projects organized by the Global Youth Service Day Collaborative. I understand that I am responsible for my behavior, and I will only perform volunteer work or participate in activities that I am comfortable doing. Having read this waiver and knowing these facts and in consideration for the acceptance of my participation in the Global Youth Service Day Collaborative organized and/or sponsored projects, events, and functions, I, for myself and anyone entitled to act on my behalf, waive and release the Global Youth Service Day Collaborative, their service partners and/or sponsors of any project, event or function, from all claims or liabilities, of any kind whatsoever, arising from, whether directly or indirectly, my participation in the Global Youth Service Day Collaborative organized and/or sponsored projects, events or functions.

_____ _____
Signature of Participant *Date*

INFORMED CONSENT FOR PARTICIPANT REPRESENTATION IN PUBLICATIONS

The Global Youth Service Day Collaborative is committed to furthering the discussion and growth of national service in the public realm. As such, I grant permission for the Global Youth Service Day Collaborative to use any photos, film, digital imaging, videos, verbal and written statements of the above stated participant or their likeness for promotional, web usage, or other uses by the Global Youth Service Day Collaborative either associated with the program, project, event, function, or otherwise. I hereby agree to allow the Global Youth Service Day Collaborative to use any photograph and/or likeness of myself at any time during my participation in the program or thereafter, without prior approval. I acknowledge that I will not receive compensation for the use of such materials, and I hereby waive any and all claim to any such compensation.

_____ _____
Signature of Participant *Date*

Inscripción de Voluntarios
Para adultos (18+)

Por favor, entrega a Daemion Lee a:
City Year Rhode Island • 77 Eddy Street 2nd Floor, Providence, RI 02903
Phone: (401)454-3743 • Cell: (401) 808-2268 • Fax: (401) 553-2510

Olneyville Brilla – un evento del Día Mundial de Servicio Juvenil– 24 APRIL, 2010

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Título: ❑ Sr. ❑ Sra. ❑ Srta. ❑ Dr./Dra
APELLIDO **NOMBRE** **SEGUNDO NOMBRE**

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono (día) #: (____)_____ Teléfono (noche) #: (___)_____ Celular #: (___)_____

Correo Electronico: _____ Edad: _____ Género *(opcional):* ❑ Masculino ❑ Feminino

INFORMACIÓN EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA

Condiciones Médicas: Por favor indica las condiciones medicas y fisicas de las cuales el estaff del GYSD Collaborative debería estar informados. Por favor incluye restricciones dieteticas, alergías, condiciones médicas crónicas, y/o medicaciones.

_____

_____

Contactos de Emergencia: Por favor da dos contactos en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: (___)_____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: (___)_____

RENUNCIA DE RESPONSIBILIDAD CON CONOCIMIENTO

Yo, _____, entiendo que estoy pasando mi tiempo como voluntario en proyectos organizados por el Cooperativo del Día Mundial de Servicio Juvenil. Entiendo que soy responsable por mi comportamiento, y que solo participaré en actividades y trabajos voluntarios con los cuales me sienta comodo. Ya que he leído esta extensión de responsibilidad y sabiendo estos hechos, y en consideración por la aprobación de mi participación en los proyectos, eventos, y funciones organizados y/o patrocinados por el Cooperativo del Día Mundial de Servicio Juvenil, yo, por yo mismo y por cualquier que tenga el derecho de actuar en mi nombre, libero, renuncio y exonero el Cooperativo del Día Mundial de Servicio Juvenil, sus organizaciones aliadas y/o patrocinadores de cualquier proyecto o evento, de todas las quejas y responsabilidades legales, de cualquier tipo, que surjan, sea directa o indirect, durante mi participación en cualquier evento o proyecto organizado o patrocinado por el Cooperativo del Día Mundial de Servicio Juvenil.

_____ _____
Firma de Participante *Fecha*

CONSENTIMIENTO PARA LA REPRESENTACIÓN DEL PARTICIPANTE EN PUBLICACIONES

El Cooperativo del Día Mundial de Servicio Juvenil está comprometido a avanzar el discurso y el crecimiento del servicio nacional en el ambito público. Por eso, doy permiso al Cooperativo del Día Mundial del Servicio Juvenil para usar cualquier foto, pélicula, imagén digital, video, declaración verbal o escrita del participante mencionado antés o su imagen por cualquier uso promocional, en la página electronica o cualquier otro uso por el Cooperativo del Día Mundial del Servicio Juvenil, sea asociado o no con el programa, proyecto o evento. Por lo tanto, yo estoy de acuerdo de que el Cooperativo del Día Mundial del Servicio Juvenil use cualquier fotografía o imagen propia en cualquier momento durante mi participación en el programa o después, sin ninguna aprobación previa. Reconozco que no recibiré por el uso de dichos materials, y por lo tanto, sedo el derecho a reclamar dicha compensación.

_____ _____
Firma de Participante *Fecha*