



**Max E. Muravnick Meriden Senior Center**  
**Department of Health and Human Services**  
 22 West Main Street, Meriden, CT 06451

**New**  
 **Renewal**

**SENIOR CENTER REGISTRATION FORM**

**Member Name:**

**Address, City, State, Zip Code:**

<b>Phone:</b>	<b>Email:</b>
---------------	---------------

<b>Date of Birth:</b>	<b>Age:</b>	<b>Sex:</b> <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	<b>Are you a Veteran?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-----------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

<b>Race: (For data purposes only)</b> <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other	<b>Ethnicity: (For data purposes only)</b> <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Unknown
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**EMERGENCY CONTACTS**

<b>Primary Contact</b>	<b>Secondary Contact</b>
<b>Contact Name:</b>	<b>Contact Name:</b>
<b>Relationship:</b>	<b>Relationship:</b>
<b>Home/Cell Number:</b>	<b>Home/Cell Number:</b>
<b>Alternate Number:</b>	<b>Alternate Number:</b>

**Do we have your permission to use your photo/image in Senior Center publications and on social media platforms?**  Yes  No

**MEDICAL RELEASE/INDEMNITY WAIVER**

In order to participate in Senior Center Programs, I understand and agree that programs can be physically demanding, and involve potential risk of physical injury. I also am aware and understand that all of the program activities are strictly voluntary and it is my choice to participate in each activity to whatever degree I deem appropriate, after due consideration of my own physical health, physical abilities and medical condition. I further represent that I believe I have the physical ability needed to participate. In the event of an emergency or fall, an ambulance will be called and staff will try to reach one of the emergency contacts that I have listed. It is hereby understood and agreed that, in the event of an emergency or fall, I shall assume full financial responsibility for any and all costs, including those which may not be covered by my health insurance. To the fullest extent of the law, I agree, on behalf of myself, my heirs, my family members, my executors and my administrators, to indemnify and hold harmless the City of Meriden, its agents and employees, from any injuries or damages caused by or resulting from participation in any program offered by the Meriden Senior Center. By signing below, I am also acknowledging that I have received a copy of the Meriden Senior Center Member Handbook.

<b>Signature of Participant:</b>	<b>Date:</b>
----------------------------------	--------------

**For Staff Use Only**  
 Membership Start Date and Member Handbook provided:



**Max E. Muravnick Meriden Senior Center**  
**(Centro para Adultos Mayores de Meriden Max E Muravnick)**

22 West Main Street, Meriden, CT 06451

- Nuevo  
 Renovación

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA MIEMBROS			
Nombre del miembro:			
Dirección:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:	EDAD:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza: (solo para fines informativos) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra		Etnia: (solo para fines informativos) <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana <input type="checkbox"/> Desconocida	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Contacto Primario		Contacto Secundario	
Nombre:		Nombre:	
Relación:		Relación:	
Teléfono de casa/celular:		Teléfono de casa/celular:	
Numero Alternativo:		Numero Alternativo:	
¿Autoriza al Senior Center a utilizar su foto para material promocional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
AUTORIZACIÓN MEDICA/EXENCION DE RESPONSABILIDAD			
<p>Para participar en los programas del Senior Center, entiendo y acepto que los programas pueden ser físicamente demandantes y conllevar un posible riesgo de lesión física. Asimismo, sé y entiendo que todas las actividades de los programas son estrictamente voluntarias y es mi elección participar en cada actividad en el grado que considere adecuado, tras la debida consideración de mi propia salud física, capacidades físicas y afección médica. Declaro asimismo que creo tener la capacidad física necesaria para participar. En el caso de una emergencia o caída, se llamará a una ambulancia y el personal tratará de comunicarse con uno de los contactos de emergencia que he mencionado. Por la presente entiendo y acepto que, en el caso de una emergencia o caída, asumiré la responsabilidad financiera total de todos los gastos, incluidos aquellos que puedan no estar cubiertos por mi seguro de salud. Con el máximo alcance de la ley, acepto, en mi nombre, el de mis herederos, familiares, albaceas y administradores, indemnizar y eximir de responsabilidad a City of Meriden, sus representantes y empleados, de cualquier lesión o daño que haya sido causado o derive de mi participación en cualquier programa ofrecido por el Meriden Senior Center. Al firmar a continuación, acuso recibo de una copia del Manual de Miembros de Meriden Senior Center.</p>			
Firma del participante:		Fecha:	
Solo para uso del personal:			
Fecha de inicio de la membresía y entrega del manual de miembros:			