



SAN MATEO COUNTY SHERIFF'S OFFICE
SHERIFF'S ACTIVITIES LEAGUE
2025 - 2026

6th-8th Flag Football Coed

Registration Deadline: Wednesday, September 9, 2025

Cost: \$45-Financial Aid Available

Practice dates: 9/13/2025 – 11/24/2025

Season/days/times: 9/27/2025 – 11/17/2025

Games: Mon/Wed @4, 5, or 6pm

Location: Hawes Field

***Return form to Family Center**

This Program is part of the Sheriff's Activities League, which provides youth with activities in the San Mateo County Sheriff's Office Patrol areas.

For more information on SAL programs,

please call 650-257-3404 or email SHERIFFS_SAL@smcgov.org

LAST _____ FIRST _____ DOB: _____ GENDER: ☐ Male ☐ Female

ADDRESS _____ APT# _____ CITY _____ ZIP _____ PHONE _____

SCHOOL _____ GRADE _____ PARENT/GUARDIAN NAME(S) _____

PARENT EMAIL ADDRESS _____

WOULD YOU LIKE TO BE A COACH ? Y/ N WOULD YOU LIKE TO BE ADDED TO OUR S.A.L TEXT APP.? Y/ N

IN CASE OF EMERGENCY IF PARENT/GUARDIAN IS NOT AVAILABLE, CONTACT:

NAME _____ RELATIONSHIP _____ PHONE _____

DOCTOR _____ PHONE _____ DENTIST _____ PHONE _____

INSURANCE CARRIER _____ GROUP # _____ PATIENT# _____

I, parent or legal guardian of _____, (hereafter "Participant") would like to participate in Sheriff Activities League ("SAL") sponsored sports, programs or activities (collectively, "SAL Activities"). Said SAL Activities may include, but are not necessarily limited to the sports of soccer, street hockey, basketball, and program activities involving visual arts, music or the performing arts. I acknowledge that participation SAL Activities necessarily involves travel, play in adverse conditions, contact with considerable force, and risk of severe, permanent physical injury including bruises, scrapes, strained, sprained or torn muscles, tendons or ligaments, broken bones, dislocation of joints, concussion, brain damage, nerve and spinal cord injury, paralysis and death. I WILLINGLY AND VOLUNTARILY ASSUME ALL SUCH RISKS. I willingly and voluntarily agree to comply with the stated and customary terms and conditions for participation and, if Participant or I observe any concern in Participant's readiness for participation in the SAL Activities, I will remove him/her from participation and bring such concern to the attention of the nearest SAL personnel immediately. I warrant and acknowledge that I am the parent or legal guardian of the Participant and that I am authorized on behalf of myself, Participant and our heirs, assigns and next of kin, to hereby enter into the following agreements IN CONSIDERATION OF Participant's being able to participate in any way in SAL Activities. I HEREBY RELEASE, DISCHARGE AND AGREE TO DEFEND, INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS, to the fullest extent permitted by law, the County of San Mateo, SAL, other SAL Participants, SAL volunteers, SAL sponsors and any and all owners, lessors, lessees or other persons or entities allowing, permitting or authorizing the use of facilities by SAL and the agents, representatives, employees, officers and directors of said persons or entities ("RELEASEES") from any and all claims, demands, costs, expenses and compensation arising out of or in any way related to an injury or other damage that may result to said Participant or to members of my family or my household or individuals I invite or for whom I am otherwise responsible while participating in or present at any SAL Activities, WHETHER ARISING FROM THE NEGLIGENCE OF THE RELEASEES OR OTHERWISE. I further acknowledge that SAL is administered, in part, by volunteers rather than paid professionals. I further acknowledge and accept that this Disclaimer, Assumption of Risk and Waiver is intended to be as broad and inclusive as permitted by the laws of California and agree that if any portion of this Disclaimer, Assumption of Risk and Waiver is deemed to be invalid, the remainder will continue in full legal force and effect. ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT: I understand that the Participant or any member of the Participant's family may be removed from the program at any time with or without cause, including due to poor academic standing or behavioral problems before, during or after school as determined SAL. I further agree that the Participant has not been convicted of any crime as a minor nor does the Participant have any known condition that might pose undue risk to other participants.

Further, I understand that SAL Participants may be captured in various forms of media during their participation in SAL activities. I hereby irrevocably consent to the unrestricted use of that media, including film, video, or still photographic material by SAL, its agents, successors, and assigns, of my/my child's name, voice, signature, photograph, or likeness, in any manner, on or in connection with publicity, advertising, solicitation, or sale of products, merchandise, goods, or services without compensation to me. I further hereby irrevocably consent to the unrestricted use of my biographical letter, name or signature by SAL, its agents, successors, and assigns, in any manner, on or in connection with publicity, advertising, solicitation, or sale of products, merchandise, goods, or services without compensation to me. I hereby waive any right to inspect or approve the finished film, video, photograph, advertising copy, or printed matter that may be used in conjunction therewith, or the eventual use to which it may be applied. In connection with the foregoing, I hereby release and hold harmless SAL, its agents, successors, and assigns from all liability.

EMERGENCY AUTHORIZATION: I, the undersigned parent or legal guardian of the above-named Participant, a minor, hereby authorize each of the SAL Activities employees and volunteers to act as my agents in the capacity of activity supervisors and vehicle drivers, and I authorize each of them to consent to medical, surgical or dental examination and/or treatment, including TO HAVE ANY ATHLETIC TRAINER, COACH, TEAM MANAGER, EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN, NURSE, MEDICAL TREATMENT FACILITY, AND/ OR DOCTOR OF MEDICINE OR DENTISTRY OR ASSOCIATED PERSONNEL (COLLECTIVELY, MEDICAL ASSISTANCE PROVIDERS) PROVIDE THE PLAYER WITH MEDICAL ASSISTANCE AND/ OR TREATMENT AND AGREE TO BE FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR THE COST OF SUCH ASSISTANCE AND/ OR TREATMENT. PARENT(S)/ GUARDIAN(S) HEREBY AUTHORIZE EMERGENCY TRANSPORTATION OF THE PLAYER TO A MEDICAL TREATMENT FACILITY SHOULD A MEDICAL ASSISTANCE PROVIDER CONSIDER IT TO BE WARRANTED. NO REFUNDS

I HAVE READ THE ABOVE EMERGENCY AUTHORIZATION, AND THE DISCLAIMER, ASSUMPTION OF RISK AND WAIVER, AND THE ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT AGREEMENTS, FULLY UNDERSTAND THE TERMS OF EACH, UNDERSTAND THAT I AND PARTICIPANT HAVE GIVEN UP SUBSTANTIAL RIGHTS BY MY SIGNING THIS FORM AND AGREEING TO THESE TERMS, AND I SIGN THIS FORM FOR MYSELF AND ON BEHALF OF PLAYER AND AGREE TO THESE TERMS FREELY AND VOLUNTARILY AND WITHOUT INDUCEMENT. THIS AGREEMENT AND ALL OF ITS TERMS SHALL REMAIN IN EFFECT AS LONG AS PARTICIPANT IS PARTICIPATING IN SAL ACTIVITIES UNLESS REVOKED SOONER IN WRITING AND PERSONALLY DELIVERED TO SAL.

S.A.L. reserves the right to suspend or remove any participant due to poor academic standing or behavioral issues before, during or after school as determined by the S.A.L. coordinator.

Signature(s) of Parent/Guardian _____ Date _____



**SAN MATEO COUNTY SHERIFF'S OFFICE
SHERIFF'S ACTIVITIES LEAGUE**

2025 - 2026

6th- 8th Flag Football

Ultimo dia de Inscripcion: Miercoles, Septiembre 9, 2021

Costo: Gratis

Fecha de Practicas: 9/13/25 – 9/24/25

Dia de Juegos: 9/27/25– 11/17/25

Juegos: Lun/Mier @4, 5, o 6pm

Ubicacion: Hawes Field

Este programa es parte de la Liga de Actividades del Sheriff, que ofrece a los jóvenes con actividades en las áreas de patrulla Oficina del Sheriff del Condado de San Mateo.

Para obtener más información sobre los programas SAL, por favor llame al 650-257-3404.

FORMA DE INSCRIPCION Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GENERO: ☐ Masculino ☐ Femenino

DIRECCION _____ APT# _____ CIUDAD _____ ZIP _____ TEL. _____

ESCUELA _____ GRADO _____ NOMBRE DEL PADRE/TUTOR(ES) _____

EMAIL DE LOS PADRES _____

¿TE GUSTARIA SER ENTRENADOR? ☐ SÍ ☐ NO

¿LE GUSTARIA SER AGREGADO/A A LA APLICACIÓN DE MENSAJES DE TEXTO DE SAL? ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES NO ESTAN DISPONIBLE, COMUNIQUESE CON: NOMBRE _____ PARENTESCO _____ TELEFONO _____

DOCTOR _____ TELEFONO _____ DENTISTA _____ TELEFONO _____

SEGURO MEDICO _____ GRUPO # _____

Yo, padre o tutor legal de _____, (en adelante, "Participante ") me gustaría participar en las actividades deportivas patrocinadas, programas o actividades (en adelante, " SAL Actividades ") de la Liga de Actividades del Sheriff (" SAL "). Dichas actividades de SAL pueden incluir, pero no se limitan necesariamente a los deportes de fútbol, hockey de la calle, el baloncesto y las actividades programadas que involucran las artes visuales, la música o las artes escénicas. Reconozco que la participación SAL Actividades implica viajes, jugar en condiciones adversas, contacto con una fuerza considerable, y el riesgo de serias lesiones físicas permanentes, incluyendo magulladuras, raspaduras, torceduras, esguinces o rompimientos musculares, tendones o ligamentos, fracturas, dislocaciones de las articulaciones, conmoción cerebral, daño cerebral, nervios o la lesión de la médula espinal, parálisis y muerte. YO DE BUENA GANA Y VOLUNTARIAMENTE ASUMO TODOS LOS RIESGOS. Yo de buena gana y voluntariamente me comprometo a cumplir con los términos y condiciones establecidos y acostumbrados de participación y, si el Participante o yo tenemos alguna preocupación en la disposición del Participante para su participación en las actividades de SAL, voy a retirarlo(a) de su participación y llevaré esta preocupación a la atención del personal de SAL más cercano. Garantizo y reconozco que soy el padre o tutor legal del Participante y que estoy autorizado en mi propio nombre, del Participante y nuestros herederos, cesionarios y parientes más cercanos, para entrar en este medio en los siguientes acuerdos EN CONSIDERACIÓN DE que el Participante pueda participar en forma alguna en las actividades de SAL. POR LA PRESENTE LIBERO, DESCARGO, INDEMNIZO Y EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD, en la máxima medida permitida por la ley, el Condado de San Mateo, SAL, otros Participantes, voluntarios y patrocinadores SAL y todos los propietarios, arrendadores, arrendatarios u otras personas o entidades que permitan, o autoricen el uso de las instalaciones por SAL y los agentes, representantes, empleados, funcionarios y directores de dichas personas o entidades ("LIBERADOS") de cualquier y todo reclamo, demanda, costos, gastos e indemnizaciones que surjan de o de cualquier manera relacionada con una lesión u otro daño que pueda resultar de dicho Participante o para los miembros de mi familia o de mi hogar o las personas que invite o de quienes soy responsable durante cualquier actividad de SAL, YA SEA DERIVADOS DE LA NEGLIGENCIA DE LOS "LIBERADOS" O DE OTRA MANERA. Además reconozco que SAL es administrado, en parte, por voluntarios en lugar de profesionales pagados. Además, reconozco y acepto que esta Exención de responsabilidad, Asunción de riesgo y Liberación pretende ser tan amplio e inclusivo como permitido por las leyes de California y estoy de acuerdo que si cualquier parte de esta Exención de responsabilidad, Asunción de riesgo y Liberación sea considerada como no válida, el resto continuará en plena fuerza y efecto. RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO: Yo entiendo que el Participante o de cualquier miembro de la familia del Participante pueden ser retirados del programa en cualquier momento con o sin causa, incluyendo pobre desempeño académico o problemas de comportamiento antes, durante o después de la escuela, según lo determine SAL. Estoy de acuerdo en que el Participante no ha sido condenado por ningún delito menor además de que no tiene ninguna enfermedad conocida que podría plantear un riesgo indebido para los demás participantes.

Además, entiendo que los participantes de las Actividades de SAL pueden ser capturados en diversos medios de comunicación durante su participación en actividades de SAL. Por este medio irrevocablemente a la libre utilización de esos medios, incluyendo películas, videos o material de fotografía fija por SAL, sus agentes, sucesores y cesionarios, de mi nombre, voz, firma, fotografía o imagen, de cualquier manera, o en relación con la publicidad, anuncios, solicitud o venta de productos, mercaderías, bienes o servicios sin compensación para mí. Yo irrevocablemente consiento el uso sin restricciones de mi carta biográfica, el nombre o la firma por SAL, sus agentes, sucesores y cesionarios, de cualquier manera, o en relación con la publicidad, solicitud o venta de productos, mercancía, bienes o servicios sin compensación para mí. Por el presente renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar la película terminada, video, fotografía, copia de publicidad o material impreso que se pueda usar en combinación con el mismo, o el eventual uso que se le puede aplicar. En relación con lo anterior, libero y exonero a SAL, sus agentes, sucesores y cesionarios de toda responsabilidad.

AUTORIZACION DE EMERGENCIA: Yo, el padre o tutor legal del Participante arriba mencionado, un menor de edad, por la presente autorizo a cada uno de los empleados y voluntarios de las actividades de SAL para actuar como mis agentes en calidad de supervisores de actividades y conductores de vehículos, y autorizo a cada de ellos para dar su consentimiento a un examen médico, quirúrgico o dental y/o tratamiento, incluyendo TENER CUALQUIER ENTRENADOR ATLÉTICO, ENTRENADOR, JEFE DE EQUIPO, TECNICO DE EMERGENCIAS MEDICAS, ENFERMERA(O), INSTALACION DE TRATAMIENTO MEDICO, Y/O DOCTOR EN MEDICINA, U ODONTOLOGIA O DE PERSONAL ASOCIADO (COLECTIVAMENTE, ASISTENTES MEDICOS) PROVEYENDO AL JUGADOR CON ASISTENCIA MEDICA Y/O TRATAMIENTO Y HACERME FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR EL COSTO DE ESA ASISTENCIA Y/ TRATAMIENTO. LOS PADRES/ TUTORES POR LA PRESENTE AUTORIZAN TRANSPORTE DE EMERGENCIA DEL JUGADOR DE UN CENTRO DE TRATAMIENTO MÉDICO SI ASI LO RECOMIENDA UN PROVEEDOR DE ASISTENCIA MÉDICA. NO REEMBOLSOS

HE LEÍDO LA AUTORIZACION DE EMERGENCIA ANTERIOR Y LA RENUNCIA, ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA, Y EL RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE CONSENTIMIENTO, ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS DE CADA UNO, ENTIENDO QUE YO Y EL PARTICIPANTE HEMOS CEDIDO DERECHOS SUBSTANCIALES AL FIRMAR ESTE FORMULARIO Y ACEPTAR ESTOS TÉRMINOS. Y YO FIRMO ESTE FORMULARIO EN MI NOMBRE Y EN EL DEL JUGADOR Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTOS TÉRMINOS DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA Y SIN ESTIMULO. ESTE ACUERDO Y TODOS SUS TÉRMINOS PERMANECERAN EN VIGOR MIENTRAS QUE EL PARTICIPANTE SE ENCUENTRE PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES SAL A MENOS QUE SEA REVOCADO PRONTO POR ESCRITO Y ENTREGADO PERSONALMENTE A SAL

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____