



TOWN OF WEST YELLOWSTONE SMOKEY WATERS Summer Recreation Program Registration

June 15 – August 21, 2026 | Povah Community Center
Mon–Fri | 8:00 AM – 4:00 PM

Registration & Payment (3 Steps)

1. Complete this form to reserve your child's spot
 2. Submit payment separately (QR code or link), or in person at Town Offices
 3. Complete Medical Release & Policy Form
- Registration is not complete until BOTH forms and payment are received.

Program Options

Full Summer (\$1,000) Weekly \$120/ \$110 Additional Child Daily \$30 Fridays \$50

Child Information

Child 1 Name: _____ Age: _____ DOB: _____

Child 2 Name: _____ Age: _____ DOB: _____

Child 3 Name: _____ Age: _____ DOB: _____

Does your child have any immediate medical concerns we should be aware of?

Parent / Guardian Information

Name: _____

Phone: _____ Email: _____

Emergency Contact

Name: _____ Phone: _____

Weeks Attending

Week 1 (6/15–6/19) Week 2 (6/22–6/26) Week 3 (6/29–7/3)

Week 4 (7/6–7/10) Week 5 (7/13–7/17) Week 6 (7/20–7/24)

Week 7 (7/27–7/31) Week 8 (8/3–8/7) Week 9 (8/10–8/14)

Week 10 (8/17–8/21)

Payment

Method: Cash Check Card Online

Total: \$ _____ Date: _____

Acknowledgment

I understand that I must complete the Medical Release & Policy Form for my child to participate.

Contact Rachel at rspence@westyellowstone.gov for scholarship information



TOWN OF WEST YELLOWSTONE Smokey Waters Day Camp Participant Agreement & Medical Release

Permission to Participate

I give permission for my child to participate in all program activities, including off-site trips, swimming, biking, and adventure days, as scheduled.

Acknowledgment of Risk

Participation involves inherent risks including, but not limited to: sprains, fractures, cuts, bruises, burns, insect bites, water-related risks, biking-related risks, and weather-related injuries.

Assumption of Risk & Responsibility

I voluntarily assume all risks associated with participation. My child agrees to follow all rules, safety guidelines, and staff instructions.

Release of Liability

I release and hold harmless the Town of West Yellowstone, its employees, volunteers, and program leaders from any claims or liability. This agreement is binding on myself, my child, and our heirs and is governed by Montana law.

Medical Authorization

I authorize emergency medical treatment if I cannot be reached and delay may cause harm. This authorization is granted after reasonable attempts to contact me or my emergency contact.

Program Policies

- Refunds are not provided once registered, as staffing and planning are based on enrollment. Exceptions may be considered in cases of serious illness, injury, or other extenuating circumstances at the discretion of the Town of West Yellowstone.
- Children will only be released to a parent or legal guardian unless prior written authorization is provided.
- Participants must be picked up on time. A \$10 late fee will apply after a 5-minute grace period, with an additional \$1 per minute thereafter.
- Participants are expected to come prepared for daily activities, including appropriate clothing, water bottles, sunscreen, and any required gear for swimming, biking, or outdoor adventures.
- Closed-toe shoes are required for most activities. Helmets are required for all biking activities.
- On swim days, participants must follow all lifeguard and staff instructions. Life jackets may be required for certain activities.
- Adventure days include travel outside of town. Participants are expected to follow all safety rules and remain with the group at all times.

Participant Information

Name: _____ Age: _____ DOB: _____

Additional Children if applicable

Name: _____ Age: _____ DOB: _____

Name: _____ Age: _____ DOB: _____

I have read, understand, and agree to the above policies, waiver, and terms and conditions.

Parent/Guardian

Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Contact Information

Address: _____

Phone: _____ Email: _____

Emergency Contact

Name: _____ Relationship: _____

Phone: _____

Medical Information

Medications: _____

Allergies/Conditions (including food): _____

Photo Release

Yes No



TOWN OF WEST YELLOWSTONE

SMOKEY WATERS

Programa Recreativo de Verano

15 de junio – 21 de agosto de 2026 | Centro Comunitario Povah | Lun–Vie 8:00 AM – 4:00 PM

Registro y Pago

1. Complete este formulario para reservar el lugar de su hijo/a.
 2. Envíe el pago por separado (QR o enlace), o en persona en oficinas del pueblo.
 3. Complete el Formulario Médico y de Políticas.
- La inscripción no estará completa hasta recibir ambos formularios y el pago.

Opciones del Programa

Verano Completo (\$1,000)
 Semanal \$120 / \$110 niño adicional
 Diario \$30
 Viernes \$50

Información del Niño

Niño/a 1:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	FN:	<input type="text"/>
Niño/a 2:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	FN:	<input type="text"/>
Niño/a 3:	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	FN:	<input type="text"/>

¿Preocupaciones médicas inmediatas?

Padre / Tutor

Nombre:

Teléfono: Correo:

Contacto de Emergencia

Nombre: Teléfono:

Semanas de Asistencia

- 1 (6/15–6/19)
 2 (6/22–6/26)
 3 (6/29–7/3)
 4 (7/6–7/10)
 5 (7/13–7/17)
- 6 (7/20–7/24)
 7 (7/27–7/31)
 8 (8/3–8/7)
 9 (8/10–8/14)
 10 (8/17–8/21)

Pago

Método: Efectivo Cheque Tarjeta En Línea

Total: Fecha:

Reconocimiento

Entiendo que debo completar el Formulario Médico y de Políticas para participar.

Para información sobre becas contacte a Rachel: rspence@westyellowstone.gov



TOWN OF WEST YELLOWSTONE

Smokey Waters Day Camp

Acuerdo del Participante y Autorización Médica

Permiso para Participar

Doy permiso para que mi hijo/a participe en todas las actividades del programa, incluyendo excursiones, natación, ciclismo y días de aventura según lo programado.

Reconocimiento de Riesgos

La participación incluye riesgos inherentes como esguinces, fracturas, cortaduras, moretones, quemaduras, picaduras de insectos, riesgos relacionados con el agua, ciclismo y lesiones relacionadas con el clima.

Asunción de Riesgo y Responsabilidad

Asumo voluntariamente todos los riesgos asociados con la participación. Mi hijo/a acepta seguir todas las reglas, pautas de seguridad e instrucciones del personal.

Liberación de Responsabilidad

Libero y eximo de responsabilidad al Town of West Yellowstone, sus empleados, voluntarios y líderes del programa de cualquier reclamo o responsabilidad. Este acuerdo es vinculante y se rige por las leyes del estado de Montana.

Autorización Médica

Autorizo tratamiento médico de emergencia si no puedo ser localizado/a y la demora pudiera causar daño, después de intentos razonables de contacto.

Políticas del Programa

- No se otorgarán reembolsos después del registro. Excepciones pueden considerarse por enfermedad grave o circunstancias especiales.
- Los niños solo serán entregados a un padre/tutor legal salvo autorización escrita previa.
- Los participantes deben ser recogidos a tiempo. Se cobrará una tarifa de \$10 después de 5 minutos y \$1 adicional por minuto.
- Los participantes deben venir preparados con ropa adecuada, botella de agua, protector solar y equipo necesario.
- Se requieren zapatos cerrados para la mayoría de las actividades. Los cascos son obligatorios para ciclismo.
- En días de natación, los participantes deben seguir instrucciones del personal y salvavidas.
- Los días de aventura incluyen viajes fuera de la ciudad y los participantes deben permanecer con el grupo.

Información del Participante

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

He leído, entiendo y acepto las políticas, exención y términos anteriores.

Padre / Tutor

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Información Médica

Medicamentos: _____

Alergias/Condiciones (incluyendo alimentos): _____

Autorización de Fotos

Sí No