

2018 REACH Baloncesto Registración

Información del Participante: *Por favor Imprima!*

Nombre del participante _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre (s) del Padre / Guardián _____	Relación al Participante _____
Correo electrónico #1 _____	Número de Teléfono #1 _____
Correo electrónico #2 _____	Número de Teléfono #2 _____
Domicilio _____	
Ciudad _____	Código Postal _____

Información Médica: *Por favor tenga en cuenta cualquier información médica esencial, incluyendo las alergias.*

Tamaño de Camisas (Circule Uno): Niño (a): S M L Adulto: S M L XL 2XL 3XL

Si la inscripción se recibe después del 15 de Enero, su talla de camiseta solicitada no estará disponible.

Entiendo que un padre / guardián debe permanecer en el gimnasio durante la duración de cada sesión. Por favor firme con sus iniciales: _____

Por favor de registrarme para la sesión(s) siguiente*:

Sesión 1: Boys & Girls Club, Seaside
 1332 La Salle Ave., Seaside
6 Sábado • 11 am - 12 pm
 2/3, 2/10, 2/24, 3/3, 3/10, 3/17
(Nota: No sesión el 2/17)
Costo: \$55

Sesión 2: Salinas Community YMCA
 117 Clay Street, Salinas
6 Domingo • 1:30 pm - 2:30 pm
 2/4, 2/11, 2/25, 3/4, 3/11, 3/18*
(Nota: No sesión el 2/18)
** Sesión del 3/18 comienza a la 1:00 pm)*
Costo: \$55

Por correo o entrega de formulario *con pago**, a: **Special Kids Crusade**
1900 Garden Road, Suite 230
Monterey, CA 93940

*Cheques a nombre de *Special Kids Crusade*. Si la inscripción se recibe después del 15 de Enero, su talla de camiseta solicitada no estará disponible. Si usted desea inscribir al mismo niño(a) en dos sesiones, el costo es de \$95 y una camiseta se emitirá. El espacio es limitado y se otorgará participación en orden que vayamos recibiendo las aplicaciones. Su pago reserva su lugar. Lo sentimos pero no aceptamos reembolsos para aplicaciones aceptadas. Hay un pequeño numero de becas según la necesidad. Para mas información, llame al (831) 372-2730.

RESPONSABILIDAD / FORMULARIO DE RENUNCIACIÓN Y PERMISOS

Yo entiendo que mi hijo(a) esté sano y en forma razonablemente a fin de participar con seguridad en las actividades del programa, y se informo que al personal del programa de dolencias, condición, o lesión que pueda afectar su capacidad para participar con seguridad. Por lo presente certifico a lo mejor de mi conocimiento y creencia de que mi hijo(a) esta en buena salud.

Yo doy permiso a mi hijo(a) a participar en el programa de REACH mencionado anteriormente. Yo entiendo que las actividades pueden implicar ciertos riesgos de la actividad física, lesiones y que el personal y los voluntarios le proporcionara a cada participante con un cuidado razonable, pero Special Kids Crusade y/ o su comunidad asociación organización no garantizan que mi hijo(a) se mantendrá libre de lesiones. Sin embargo deseo que mi hijo(a) participe y ASUMO el RIESGO de la participación de él/ella. Yo aceptó la LIBERACIÓN de RESPONSABILIDAD CIVIL, INDEMNIZAR y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD a Special Kids Crusade, su respectivo personal, voluntarios y miembros del Comité, de toda reclamación o causa de acción derivados de y relacionados con la participación de mi hijo(a) en este programa/evento.

Si una lesión u otra condición medica ocurre o se presenta durante mi participación en este evento de programa, por la presente doy permiso al personal del programa o voluntarios para presta primeros auxilios. En caso de que no están a tal emergencia, doy permiso para que el personal busque tratamiento de emergencia para mi hijo(a). Por la presente autorizo a cualquier rayos x, examen, diagnostico anestésico, medial, quirúrgico o dental o tratamiento se consideran necesarios en el mejor juicio del personal medico de emergencia tratante, medico, cirujano o dentista.

Si tal tratamiento medico es necesario, estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad por tales acciones, incluyendo el pago de los gastos.

Yo certifico que tengo custodia legal y responsabilidad por el hijo(a) anterior nombrado. Si tengo la custodia compartida de este niño(a), yo además certifico que he notificado el otro padre o el responsable de su participación en este programa.

Yo reconozco que he leído detenidamente este documento y entiendo la información en él. Estoy de acuerdo en cada uno de los términos y reconocimientos anteriores.

Firma de Padres **Fecha**

Imprima Nombre de Padres PERMISO DE PUBLICIDAD/IMAGEN/VOZ

El programa REACH pueden ser fotografiados, videocintas y/o audio grabados para fines de promoción, recaudación de fondos y/o educativos del programa. La firma significa su acuerdo a la utilización de estas imágenes, audio y/o videocintas para fines de promoción, recaudación de fondos o educativos sin compensación.

Yo estoy de acuerdo a las condiciones anteriores y daré permiso a mi hijo(a) a ser fotografiadas, videocintas y/o audio grabadas como parte del programa REACH.

Firma de Padres **Fecha**