



2024 T-BALL, MINORS & MAJORS LEAGUE PLAYER REGISTRATION FORM

Registration is open from January 2, 2025, through February 7, 2025

Games will be played March 3, 2025, through March 31, 2025

PLAYER INFORMATION

Player Name:

PO Box _____

Date of Birth: _____

Address: _____

League Age: _____ Gender: M or F

City/State/Zip: _____

Adult / Child Shirt size: _____

My child will play: (select one)

T-Ball: ages 5-8

3/8 – 4/12 (M & W at 5:30pm and 6:30pm)

\$10 if paid **BEFORE** February 3rd

\$15 if paid after February 3rd deadline February 7th

- Birth Certificate Copy Required
- Parental Code of Conduct required

Majors: ages 9 – 13

3/8 – 4/12(M & W at 6:45 and 7:45pm)

\$10 if paid **BEFORE** February 3rd

\$15 if paid after February 3rd deadline February 7th

- Birth Certificate Copy Required
- Parental Code of Conduct required

PARENT #1

Name: _____

Cell/Home Phone: _____

PARENT #2

Name: _____

Cell/Home Phone: _____

SIBLINGS

Please list all siblings

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

Name: _____ Age: _____

LIABILITY RELEASE

In consideration of my child's acceptance in this program, I, the undersigned, intending to be legally bound, do hereby, for myself, my heirs, my personal representatives and assigns, waive, release and forever discharge any and all rights and claims for damages I may have or may hereafter accrue to me against the Town of Gila Bend, or any sponsor, its or their officers, agents, representatives, successors and/or assigns or any other corporations or individuals associated with the Town of Gila Bend, for any damages, claims, injuries, or actions sustained or suffered in connection with my child's association or entry in or arising out of their participation in said event. If in doubt as to my child's physical condition to engage in this event I have been advised to seek the advice of a competent physical and to abide by this advice. I attest and verify that I have full knowledge of the event risks involved in this program and my child is physically fit and sufficiently healthy to participate in this program.

Parent signature _____

Date: _____

TOWN USE ONLY

T-BALL

\$10 Fee paid/\$15 Fee after February 7th

Copy of Birth Certificate submitted

Parental Code of Conduct signed/submitted

Team Name: _____

COACH PITCH / MAJORS / SENIOR LEAGUE

\$10 Fee paid/\$15 Fee after February 7th

Copy of Birth Certificate submitted

Parental Code of Conduct signed/submitted

Team Name: _____

TOWN OF GILA BEND
PARKS AND RECREATION – MEDICAL RELEASE FORM

LEAGUE/SPORT NAME: Youth T-Ball and Youth Baseball

PLAYER NAME:

DATE OF BIRTH:

Parent/Guardian Name: _____

Cell Phone: _____ Work Phone: _____ Home Phone: _____

Player Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

FAMILY PHYSICIAN INFORMATION

Physician Name: _____

Address: _____

Phone: _____

City/State/Zip: _____

Hospital preference: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

If parent or legal guardian cannot be reached

#1

#2

Name: _____

Name: _____

Cell Phone: _____

Cell Phone: _____

Home Phone: _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Work Phone: _____

Relationship to player: _____

Relationship to player: _____

List any allergies/medical problems, including those requiring maintenance medication (i.e. Diabetic, Asthma, Seizure Disorder). The purpose of the information listed below is to ensure medical personnel have details of any medical concern that may interfere with or alter treatment. Use an additional sheet of paper if necessary, and attach to Medical Release Form.

Medical Diagnosis	Medication	Dosage	Frequency of Dosage

MEDICAL COVERAGE INFORMATION

Insurance Carrier: _____

Policy ID#: _____ Group ID#: _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN AUTHORIZATION

Parent or Guardian Authorization:

In case of emergency, if family physician cannot be reached, I hereby authorize my child to be treated by certified emergency personnel (i.e. EMT, First Respondent, E.R. Physician).

Parent signature _____

Date: _____



PARENTS' CODE OF CONDUCT

Player's Name: _____ Date: _____

I hereby pledge to provide positive support, care, and encouragement for my child participating in youth sports by following this Parents' Code of Conduct.

I will encourage good sportsmanship by demonstrating positive support for all players, coaches, and officials at every game, practice or other youth sports event.

I will place the emotional and physical well-being of my child ahead of my personal desire to win.

I will insist that my child play in a safe and healthy environment.

I will require that my child's coach be trained in the responsibilities of being a youth sports coach and that the coach upholds the Coaches' Code of Conduct.

I will support coaches and officials working with my child, in order to encourage a positive and enjoyable experience for all.

I will demand a sports environment for my child that is free from drugs, tobacco and alcohol and will refrain from their use at all youth sports events.

I will remember that the game is for youth - not adults.

I will do my very best to make youth sports fun for my child.

I will ask my child to treat other players, coaches, fans and officials with respect regardless of race, sex, creed or ability.

I will help my child enjoy the youth sports experience by doing whatever I can, such as being a respectful fan, assisting with coaching, or providing transportation.

I promise to make a commitment to volunteer and assist my system when asked, making time whenever I can.

Parent Signature

Date



FORMULARIO DE REGISTRO DE JUGADORES DE T-BALL, LIGAS MENORES Y MAYORES 2025

Las inscripciones están abiertas desde el 2 de enero 2025 hasta el 7 de febrero 2025

Los juegos se jugarán del 3 de marzo de 2025 al 31 de marzo de 2025

INFORMACIÓN DEL JUGADOR

Nombre del jugador:

PO Box _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Edad de la liga: _____ Género: M o F

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Adulto / Niño Talla de camisa: _____

Mi hijo jugará: (seleccione uno)

T-Ball: edades de 5 a 8 años

3/3 – 3/31 (Lunes & Miércoles a las 5:30pm and 6:30pm)

\$10 si se paga ANTES del 3 de febrero

\$15 si se paga después del 3 de febrero

Fecha límite de inscripción: 7 de febrero

- Se requiere copia del acta de nacimiento
- Se requiere un Código de Conducta para los Padres

Majors: edades de 9 a 13 años

3/3 – 3/31 (Lunes & Miércoles a las 6:45 and 7:45pm)

\$10 si se paga ANTES del 3 de febrero

\$15 si se paga después del 3 de febrero

Fecha límite de inscripción: 7 de febrero

- Se requiere copia del acta de nacimiento
- Se requiere un Código de Conducta para los Padres

PADRE #1

Nombre: _____

Teléfono Celular/Residencial: _____

HERMANOS

Por favor, haga una lista de todos los Hermanos

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

PADRE #2

Nombre: _____

Teléfono Celular/Residencial: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

En consideración a la aceptación de mi hijo en este programa, yo, el abajo firmante, con la intención de estar legalmente obligado, hago por mí, mis herederos, mis representantes personales y cessionarios, renuncio, libero y descargo para siempre de todos y cada uno de los derechos y reclamaciones por daños y perjuicios que pueda tener o que pueda acumularme en el futuro contra la ciudad de Gila Bend, o cualquier patrocinador, sus funcionarios, agentes, representantes, sucesores y / o cessionarios o cualquier otra corporación o individuo asociado con la ciudad de Gila Bend, por cualquier daño, reclamo, lesión o acción sufrida en relación con la asociación de mi hijo o la entrada o participación en o que surja de su participación en dicho evento. Si tengo dudas sobre la condición física de mi hijo para participar en este evento, se me ha aconsejado que busque el consejo de un físico competente y que cumpla con este consejo. Doy fe y verifico que tengo pleno conocimiento de los riesgos del evento involucrado en este programa y que mi hijo está físicamente en forma y lo suficientemente saludable para participar en este programa.

Firma de los padres _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE TOWN OF GILA BEND

T-BALL

COACH PITCH / MAJORS / SENIOR LEAGUE

\$10 Fee paid/\$15 Fee after Feb 7th

\$10 Fee paid/\$15 Fee after Feb 7th

Copy of Birth Certificate submitted

Copy of Birth Certificate submitted

Parental Code of Conduct signed/submitted

Parental Code of Conduct signed/submitted

Team Name: _____

Team Name: _____

TOWN OF GILA BEND
PARQUES Y RECREACIÓN – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

NOMBRE DE LA LIGA/DEPORTE: T-Ball and Béisbol Juvenil

NOMBRE DEL JUGADOR:	FECHA DE NACIMIENTO:
----------------------------	-----------------------------

Nombre del Padre/Tutor: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección del jugador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA

Nombre del médico: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Preferencia hospitalaria: _____	_____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Si no se puede contactar con el padre o tutor legal

#1

#2

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono de trabajo: _____

Relación con el jugador: _____

Relación con el jugador: _____

Enumere cualquier alergia/problema médico, incluidos aquellos que requieren medicamentos de mantenimiento (es decir, diabetes, asma, trastorno convulsivo). El propósito de la información que se enumera a continuación es garantizar que el personal médico tenga detalles de cualquier problema médico que pueda interferir o alterar el tratamiento. Use una hoja de papel adicional si es necesario y adjúntela al Formulario de Autorización Médica.

Diagnóstico Médico	Medicación	Dosificación	Frecuencia de dosificación

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

Seguro Medica: _____

Policy ID#: _____ Group ID#: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Autorización de los padres o tutores:

En caso de emergencia, si no se puede contactar con el médico de familia, por la presente autorizo a mi hijo a ser tratado por personal de emergencia certificado (es decir, EMT, Primer Respondiente, Médico de Urgencias).

Firma de los padres _____ Fecha: _____



CÓDIGO DE CONDUCTA DE LOS PADRES

Nombre del jugador: _____ Fecha: _____

Por la presente, me comprometo a brindar apoyo, cuidado y aliento positivos para mi que hijo/hija participe en deportes juveniles siguiendo este Código de Conducta de los Padres.

Fomentaré el buen espíritu deportivo demostrando un apoyo positivo a todos los jugadores, entrenadores y oficiales en cada juego, práctica u otro evento deportivo juvenil.

Pondré el bienestar emocional y físico de mi hijo por delante de mi deseo personal de ganar.

Insistiré en que mi hijo juegue en un ambiente seguro y saludable.

Exigiré que el entrenador de mi hijo esté capacitado en las responsabilidades de ser un entrenador de deportes juveniles y que el entrenador respete el Código de Conducta de los Entrenadores.

Apoyaré a los entrenadores y oficiales que trabajen con mi hijo, con el fin de fomentar una experiencia positiva y agradable para todos.

Exigiré un entorno deportivo para mi hijo que esté libre de drogas, tabaco y alcohol y se abstendrá de su uso en todos los eventos deportivos juveniles.

Recordaré que el juego es para jóvenes, no para adultos.

Haré todo lo posible para que los deportes juveniles sean divertidos para mi hijo.

Le pediré a mi hijo que trate a otros jugadores, entrenadores, fanáticos y oficiales con respeto sin importar raza, sexo, credo o habilidad.

Ayudaré a mi hijo a disfrutar de la experiencia deportiva juvenil haciendo todo lo que pueda, como ser un fanático respetuoso, ayudar con el entrenamiento o proporcionar transporte.

Prometo comprometerme a ser voluntario y ayudar a mi sistema cuando me lo pidan, haciendo tiempo siempre que pueda.

Firma

Fecha