

**TOWN OF GILA BEND**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE JUGADORES DE VOLEIBOL JUVENIL 2024**

**INFORMACIÓN DEL JUGADOR**

**Nombre del jugador:**

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad de la liga el 14 de octubre: \_\_\_\_ Género: M o F  
 Talla de camisa juvenil / adulto: \_\_\_\_\_  
 Pantalones cortos para jóvenes / adultos tamaño: \_\_\_\_\_

**Mi hijo jugara: (elija uno)**

☐ **DE 5 A 8 AÑOS**

Del 14 de octubre al 13 de noviembre (los juegos son lunes y miércoles)

**Saldo de \$10 serán pagados en el Ayuntamiento / \$25 inscripción tarde**

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

☐ **DE 9 A 13 AÑOS**

Del 14 de octubre al 13 de noviembre (los juegos son lunes y miércoles)

**Saldo de \$10 serán pagados en el Ayuntamiento / \$25 inscripción tarde**

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

***Lista de hermanos/hermanas:***

**\$10 Fechas de Inscripción:**

14 de octubre - 9 de septiembre

**\$25 Fechas de inscripción tarde:**

10 de septiembre - 13 de septiembre

**Fechas de la liga:** 14 de octubre – 13 de noviembre

**Información sobre padres o tutores:**

Padre #1

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre #2

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**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, renuncio, mis herederos, mis representantes personales y cesionarios, 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 acumularse en el futuro contra la ciudad de Gila Bend, o cualquier patrocinador, sus funcionarios, agentes, representantes, sucesores y / o cesionarios o cualquier otra corporación o individuo asociado con la ciudad de Gila Bend, por cualquier daño, reclamo, lesión o acción sufrida o sufrida en relación con la asociación de mi hijo o la entrada 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 en buena forma física y lo suficientemente saludable para participar en este programa.

Firma de los padres \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TOWN USE ONLY**

**AGE 5-8**

**AGE 9-13**

☐ \$10 Fee paid

***Oct 14<sup>th</sup> – Sept 9<sup>th</sup>***

☐ \$25 Late Fee Paid

***Sept 10<sup>th</sup> – Sept 13<sup>th</sup>***

☐ Copy of Birth Certificate submitted

☐ Parental Code of Conduct signed/submitted



## CÓDIGO DE CONDUCTA DE LOS PADRES

Nombre del jugador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por la presente, me comprometo a brindar apoyo, cuidado y aliento positivos para mi niño que participa 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 ambiente 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 independientemente de su 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 pida, haciendo tiempo siempre que pueda.

---

Firma de los padres

Fecha



**TOWN OF GILA BEND**  
**RECREACIÓN – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**

**LIGA: Voleibol Juvenil**

**NOMBRE DEL JUGADOR:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección del jugador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección:

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preferencia hospitalaria: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal:

\_\_\_\_\_

**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 la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del 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**

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

**PARENT/LEGAL GUARDIAN AUTHORIZATION**

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 principal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TOWN OF GILA BEND**  
**RECREACIÓN – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**