

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

Padre #2

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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 14th – Sept 9th

\$25 Late Fee Paid **Sept 10th – Sept 13th**

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 parente/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 parente 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: _____

Número de póliza: _____

Número 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