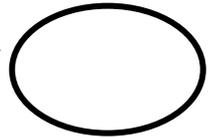


Se Buen Deportista... El Espiritu Deportista es la Responsabilidad de Todos



FORMA DE REGISTRO DEPORTIVO

DEPORTE _____	DIVISIÓN _____	TALLA DE UNIF (Youth/Adult) _____
---------------	----------------	-----------------------------------

J U G A D O R	Apellido _____ Nombre _____ Mascul _____ Femen _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____ Ha jugado anteriormente en nuestro programa? (Sí/No) _____. Si Ud. tiene un hermano(a) que juegue en esta misma división: Nombre _____ Los privilegios de ser puesto(a) en el mismo equipo solo aplican a hermanos(as).
--	---

G E N E R A L	Dirección _____ Ciudad _____ Cod Postal _____ Padre/Guardián _____ Tel. Primario _____ Tel. Secundario _____ Correo Electronico _____ Para recibir los próximos programas deportivos por correo- En Caso de Emergencia Nombre _____ Tel. Primario _____ Tel. Secundario _____ Correo Electronico _____
--	--

Favor de indicar abajo si Ud. esta interesado(a) en ayudar con uno de lo siguiente:

Entrenador(a) _____ Asistente de Entrenador(a) _____ Voluntario(a) _____ Padre del Equipo _____

¿Como se enteró de este programa? Correo ____ Periódico ____ Amigo(a)/Familiar ____ Escuela ____ Por Tel. ____ Otro _____

CONSENTIMIENTO DE PADRE

Yo, que firmo, doy el permiso para mi niño(a) _____ cuyo nombre aparece anteriormente, participar en el programa atlético de **EVERGREEN RECREATION CENTER**. Yo entiendo la naturaleza de actividades de los deportes y la experiencia y capacidades del menor, y creo que el menor es calificado, en buena salud, y condición física apropiada para participar en tal actividad. Yo estoy de acuerdo a relevar la ciudad de Los Angeles Departamento de Recreación y Parques, sus agentes y empleados de cualquier obligación en relación con cualquier lesión a mi niño(a) en relación con esta liga. Yo entiendo que el Centro de Recreación **NO TIENE SEGURO**. Yo, el padre que firmo por _____ un menor, autorizo a **EVERGREEN RECREATION CENTER**, sus agentes, empleados, voluntarios, entrenadores como agentes para mí, y doy mi consentimiento al examen de rayos X anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico, o tratamiento y cuidado del hospital para que se juzguen aconsejable, y será dado bajo la vigilancia de cualquier médico autorizado bajo las reglas del ACTO DE LA PRACTICA MEDICA en el personal de un hospital autorizado, si tal diagnóstico, tratamiento se da en la oficina del médico, o en el hospital. Se entiende que esta autorización se da ante mano de cualquier diagnóstico, tratamiento o cuidado del hospital que el médico, en el ejercicio de su profesión piense es prudente. Esta autorización permanecerá eficaz para la duración del programa, a menos que se revoque y se entregue al agente.

Firma _____ Fecha _____

JURAMENTO DEL PADRE A LOS NIÑOS

Yo prometo demostrar la deportividad buena siendo un modelo del carácter positivo y animándole a jugar y tener diversión mientras apoyándole y a su equipo en victoria y en derrota.

Firma _____ Fecha _____

RR NUMBER	AMOUNT	RECEIVED BY (Print Initial)	DATE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____