



FORMULARIO DE MATRÍCULA LOIZA BASKETBALL

FOTO 2 X 2

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____
Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

Sexo: ___ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___ - ___ - ___ #SS XXX - XX - ___
Día Mes Año

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre, madre o tutor (especifique): _____

Números de teléfono: _____, _____, _____
Casa Celular Otro

Información para uniformes

Tamaños: ___ 10-12 ___ 14-16 ___ Small ___ Medium ___ Large ___ X Large ___ XX Large

Otro: (especifique) _____

III. HISTORIAL DE SALUD

Padecimiento o condición médica que le pueda afectar en las prácticas de algún deporte (si alguna):

IV. RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo _____, mayor de edad y padre (madre, o tutor legal) del menor _____, certifico que he dado autorización para que practique y participe de las practicas, entrenamientos, actividades, torneos y eventos del componente _____ durante el año 20____, del Programa Loiza Basketball.

Entiendo que como todo deporte en la práctica y participación activa podrían ocurrir accidentes que ocasionen algún daño físico o lesiones al participante. Por lo tanto relevo al Departamento de Recreación y Deportes, al Programa de Loiza Basketball, Coordinadores, Técnicos y Personal Administrativo, al municipio donde se llevan a cabo las actividades y todo el personal relacionado directa o indirectamente a la participación, practica y/o transportación de las mismas, por cualquier daño, lesión o muerte accidental que pudiera surgir como consecuencia directa o indirecta de su participación.

Además autorizo al Departamento de Recreación y Deportes o cualquiera de sus representantes a transportar a mi hijo (a) a una oficina medica o sala de emergencia y/o tomar decisiones en caso de lesiones serias que ameriten la pronta intervención medica

Firma del padre, madre o tutor

Firmado en _____, Puerto Rico. Hoy _____ de _____ de 20____.

Rv/1/27/11