

787 ELITE VOLLEYBALL INC.

Este formulario debe estar totalmente lleno y firmado en todas sus secciones por los jugadores, padres ó encargados. Cuando firmas este formulario admities que leíste el mismo.

RELEVO MEDICO 787 ELITE VOLLEYBALL COPA BAYAMON 2023

Nombre _____ Inicial ____ Apellidos _____

(Nombre del jugador)

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Nombre _____ Inicial ____ Apellidos _____

Padre o Encargo (Mayor de 21 años)

Dirección Postal o Residencial:

(Calle)

(#)

(Pueblo)

(00-00000)

Padre ó encargado de jugadores menores de 18 años:

El participante _____ tiene permiso para participar en el evento de 787 ELITE VOLLEYBALL COPA BAYAMON 2023 a celebrarse en el mes de marzo. Certifico que el participante tiene plan médico y está cubierto por el mismo, además, el atleta que participa tiene una póliza de seguro la cual cubre al jugador de accidentes y atenciones médicas. También certifico que el participante goza de buena condición física y no padece de ninguna condición que le impida hacer actividad física u/o participar de eventos deportivos.

Núm. de póliza del club: _____ Compañía de seguro: _____

Núm. de póliza plan médico: _____ Compañía de seguro: _____

- Autorizo a que se le ofrezcan primeros auxilios en caso de ser necesario y asumiré cualquier cargo económico a través de mi compañía de seguro.
- ¿Alérgico a medicamentos?: Si ____ No ____ Medicamento: _____
- ¿Operaciones recientes?: Si ____ No ____ explique: _____

_____ fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

Si fue operado recientemente deberá presentar junto a este documento una autorización del doctor que le practicó la operación dándole el permiso para poder participar de un evento deportivo.

- No Autorizo a que se le ofrezcan primeros auxilios en caso de ser necesario.
Yo _____, asumiré los riesgos que implique el que no se le

Padre o encargado

brinden los primeros auxilios al participante _____ el cual

Nombre del Jugador

participa con el equipo _____ del club _____

División o Nombre del equipo

Nombre del club

Firma del padre o encargado

Parentesco

Fecha

POWER LEAGUE PUERTO RICO INC.

This form must be filled and signed in all areas by players, parents or guardians. When you sign this form you admit you read it.

MEDICAL RELEASE 787 ELITE VOLLEYBALL BAYAMON CUP 2023

Name _____ Initial _____ Last name _____

(Player Name)

Date of Birth: Day _____ Month _____ Year _____ Gender: Male _____ Female _____

Name _____ Initial _____ Last name _____

Parent or in charge or (Over 21 years)

Postal Address or Residential:

(Street)

(#)

(Town)

(00-00000)

Parent or responsible for players under 18 years:

The participant _____ has permission to participate in the event 787 ELITE VOLLEYBALL BAYAMON CUP 2023 to be held in march. I certify that the participant has a medical plan and is covered by it, in addition, the athlete who participates has an insurance policy which covers the player of accidents and medical attention. I certify that the participant is in good physical condition and does not have a poor physical condition that prevents him from doing physical activity and / or participating in sporting events.

No. of club policy. _____ Insurance Company: _____

No. of health plan policy. _____ Insurance Company: _____

- ☐ **Authorize** to be offered first aid if necessary and assume any financial charge through my insurance company.

• Allergic Medications? Yes _____ No _____ Medication: _____ • Recent surgery? Yes _____ No _____ explain: _____

_____ Date: Month _____ Day _____ Year _____

If you were recently operated must submit this document with permission from the doctor who performed the operation giving permission to participate in a sporting event.

- ☐ **Do not authorize** to be offered first aid if necessary.
I _____, assume the risks involved which is not

(Parent or guardian name)

provide first aid to the participant _____, which participates

(Player Name)

in the division _____ with the club team _____

(Division)

(Club Name)

_____/_____/____ Signature
of Parent or Guardian Relationship Date