

# 787 ELITE VOLLEYBALL PUERTO RICO 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 787EV CUP 2022

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
(Nombre del jugador)

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
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 787EV Bayamón Cup 2022 celebrarse en el mes de mayo. 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 se 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

# 787 ELITE VOLLEYBALL 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 787EV CUP 2022

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 787EV Bayamon Cup 2022 to be held in May. 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_