

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 SUMMER VOLLEYBALL 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 Summer Volleyball 2022 celebrarse en el mes de junio. 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: _____

• ¿Cirugías 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 SUMMER VOLLEYBALL 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 Summer Volleyball 2022 to be held in June. 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 ____/____/____