

# POWER LEAGUE 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 GIRLS CHAMPIONSHIP 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 Power League Championship 2022 celebrarse en el mes de abril. 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

# 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 GIRLS CHAMPIONSHIP 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 Power Volleyball Championship 2022 to be held in april. 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