

EQUIPO PHIT KIDZ REGISTRO DE LIBERACIÓN Y RENUNCIA FORMA - LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE

Nombre: _____ apellido: _____ género: M / F

Padre / Tutor: _____

dirección: _____ ciudad: _____ + _____ estado: _____ postal: _____

Teléfono de la casa: _____ teléfono celular: _____

escuela: _____ grado: _____ edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ altura: _____ peso: _____

Seguro de Salud: _____

Condiciones médicas: _____

Contacto En caso de emergencia: _____ teléfono: _____

REVISE LA ACTIVIDAD: FOOTBALL _____ CHEERLEADING _____

CHECK-IN 8:30AM – 9:45AM / CLINIC 10AM – 1:30PM / AWARDS 1:30 / LUNCH 1:45 / DISMISSAL 2

NO ONE ADMITTED AFTER 10AM – PARENTS PICK UP YOUR KID(S) AT 2PM

**NO LLEVE PANTALONES VAQUEROS, zapatos de punta abierta o CHANCLAS. HABRÁ ACTIVIDADES FUERA TAN
DESGASTE DE TENIS ZAPATOS Y TRAER TURF ZAPATOS DE FÚTBOL ACTIVIDADES RELACIONADAS SI TIENE ALGUN.**

En la aceptación de (nombre del participante del clínica) _____ como participante en el clínica TEAM PHIT Kidz clínica el 1 de julio de 2016, se acordó lo siguiente: El TEAM PHIT Kidz clínica no será responsable por cualquier daño al campo arriba mencionado participante que surja de o en conexión con, dicha organización anteriormente. Se acordó además que todos los riesgos asociados a mirar y / o participar en las actividades del clínica, incluyendo pero no limitado a daños corporales son asumidos por el participante del clínica y sus padres o tutor legal, y que este supuesto es reconocido, aprobó y acordó que por dicho participante del clínica y sus padres o tutores legales y según lo indicado por sus firmas del presente Reglamento.

Yo por la presente libero , resuelvo , indemnizar y sin responsabilidad a la Fundación Robert Royal , EQUIPO PHIT Kidz Camp, Ciudad de Nueva Orleans Departamento de Recreación , Behrman Estadio, los organizadores, directores , oficiales, patrocinadores , supervisores , comisarios , árbitros, consejeros de cualquier reclamación, demanda o acción que surja de lesiones a mi niño y sólo en la medida de y en la cantidad cubierta por cualquier accidente o seguro de responsabilidad. Yo / Nosotros aún más presente, le concedemos el T.E.A.M. Permiso PHIT Kidz Clínica de usar la fotografía de mi hijo en el material colateral para el clínica que incluye sitios web. Yo / Nosotros hemos leído lo anterior , y hemos explicado su significado a nuestro participante del clínica, y aprobar y dar su consentimiento a los términos y condiciones establecidos . Yo / Nosotros manifestamos que somos los padres y / o tutor legal firma del participante del clínica antes mencionado , y el consentimiento para su participación en el equipo PHIT Kidz Camp. Al firmar este formulario de renuncia , cada uno de nosotros está de acuerdo que todo el personal del campo o de los jugadores no se hará responsable a cualquiera de nosotros por cualquier lesión que el participante del clínica pueda sufrir mientras que participa en el clínica y no vamos a demandar, iniciar cualquier acción legal en contra de ni hacer ninguna demanda de reclamación contra los organizadores .

Yo / Nosotros hemos LEA ATENTAMENTE LA RENUNCIA Y LIBERACION Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. ENTIENDO ESTE ES UN COMUNICADO DE RESPONSABILIDAD Y QUE DOY A DERECHOS IMPORTANTES AL FIRMAR Y QUE FIRMO VOLUNTARIAMENTE.

INFORMACIÓN MÉDICA: Por la presente certifico que (nombre del participante del clínica) _____ está físicamente en condiciones de participar en el equipo PHIT Kidz Camp y no conozco ningún impedimento físico, lo que de ninguna manera limitar su participación en dicho programa.

Participante nombre impreso

Firma del participante

Padre / Tutor Legal Nombre impresa

Padre / Tutor Legal Firma de Padres

fecha