

Coffeyville Recreation Commission
BALONCESTO JUVENIL

Ligas de Basketball (baloncesto) son para niños y niñas de 4 años de edad-6^o grado. Complete este formulario de registro y devuélvalo junto con la cuota de inscripción a la oficina del CRC durante las horas de oficina regulares (L-V, de 9 AM a 5 PM). O después de horas, puede dejar su registro y cheque/giro postal en el buzón situado justo fuera de las puertas principales del CRC. El número de teléfono de la oficina del CRC es: 620-251-5910. Todos los registros deben estar firmados por un padre o tutor legal. ¡NO EXCEPCIONES!

REGISTRESE EN LINEA EN www.coffeyvillerec.com

Cargo de inscripción: \$15.00 En el distrito/\$20.00 fuera del distrito

**** Las becas están disponibles para ayudar con los honorarios de inscripción, ver CRC Oficina ****

Sesión 1

1^{ro}-2^{do} Liga de niños y niñas, 3^{ro}-4^{to} Liga de niñas, 3^{ro}-4^{to} Liga de niños

Fecha límite de inscripción: 4 de octubre

Plazo de inscripción tardía: 11 de octubre

Sesión 2

4yr - K –Liga de niños y niñas, 5^{to}-6^{to} Liga de niñas, 5^{to}-6^{to} Liga de niños

Fecha límite de inscripción: 29 de noviembre

Plazo de inscripción tardía: 6 de diciembre

Todas las inscripciones tardías tendrán un recargo de \$3 por pago tardío.

DESPUÉS DE LOS LÍMITES DE INSCRIPCIÓN ATRASADOS LOS NIÑOS SERÁN COLOCADOS EN UNA LISTA DE ESPERA

Coffeyville Recreation Commission
Formulario de Consentimiento del Padre /
Autorización de tratamiento médico

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE _____

TELÉFONO PRINCIPAL _____ CELULAR _____ TELEFONO DEL TRABAJO _____

SEXO: MASCULINO / FEMENINO (marque uno) FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___ EDAD _____ (a partir del 1 de septiembre de 2019)

ESCUELA ACTUAL _____ GRADO _____

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA _____

LE GUSTARIA ENTRENAR A UN EQUIPO: () SÍ () NO

LE GUSTARIA ASISTIR: () SI () NO

NOMBRE DEL ENTRENADOR _____ ADDRESS _____ PHONE _____

(Cualquier persona interesada en el entrenamiento DEBE llenar la solicitud de entrenador en el reverso de este formulario)

Talla de playera- (circule una)	Youth Extra Small Adult Small (34)	Youth Small (6-8) Adult Medium (36)	Youth Medium (10-12) Adult Large (38)	Youth Large (14-16) Adult X-Large (40)
------------------------------------	---------------------------------------	--	--	---

A QUIÉN CORRESPONDA: En el caso de que el niño arriba mencionado sea llevado a una sala de emergencia o a un centro de atención médica en mi ausencia de asistencia al baloncesto en cualquier momento durante toda la temporada, los entrenadores del equipo de mi hijo o cualquier miembro del personal CRC, tiene mi consentimiento para autorizar el tratamiento para este niño por un médico (s) y/o personal médico que se considere necesario. Entiendo que la condición médica de mi hijo (si corresponde) será revelada al personal de CRC y al (los) entrenador (es) del niño (a) y por la presente doy consentimiento a dicha divulgación.

Yo, el abajo firmante, por este medio reconozco que he dado permiso a mi hijo para participar en el baloncesto con pleno conocimiento de los riesgos involucrados y por la presente acepta asumir esos riesgos y mantener a la Coffeyville Recreation Commission, Coffeyville, todos sus oficiales, empleados, entrenadores, voluntarios y patrocinadores del equipo, sin responsabilidad por cualquier lesión, daño o complicación de cualquier tipo. Además, entiendo que el seguro de accidentes NO es proporcionado por CRC, y por la presente acepta asumir la responsabilidad total de todos y cada uno de los gastos resultantes de cualquier accidente o lesión sufrido por el niño mencionado anteriormente mientras participa en el baloncesto.

Entiendo que una copia fotográfica de este documento tendrá la misma fuerza y efecto que el original. CRC puede utilizar cualquier fotografía para su comercialización futura

FIRMA _____

NOMBRE _____

RELACION _____ FECHA _____

(SI LOS PADRES NATURALES DE ESTE NIÑO NO REGISTRAN A ESTE NIÑO PARA PARTICIPAR EN EL BALONCESTO, SE DEBE PRESENTAR, COPIAR Y ASEGURARSE EN ESTE FORMULARIO LA PRUEBA DE TUTELA LEGAL (DECLARACIÓN TÍPICA Y NOTARIZADA DE LA CORTE O SRS).

Las solicitudes del mismo equipo se cumplirán sólo para hermanos o residentes del mismo hogar