



Formulario de registro de lucha libre de Jamesburg

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Aprox. Peso: _____ Año de experiencia _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Teléfono#: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Teléfono #: _____ Correo electrónico: _____

DIRECCIÓN: _____

Contacto de emergencia _____

Alergias/preocupaciones médicas: _____

Staff Use Only-----

Payment Made Yes () No () If YES: Payment Type _____

Check () Check# _____ Cash () Amount Paid (_____)