



Campeonato de Verano 2019 de Islas Malvinas

Liberación Informativa y de Renuncia (Waiver) Medica del Jugador

Este formulario debe estar presente durante todo el transcurso del Campeonato

**** Este formulario no necesita ser notarizado ****

Numero del Jugador: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del o los Padres: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono : (____) _____ e-mail: _____

Contacto de Emergencias

Nombre: _____ Numero de Telefono (____) _____

Condiciones Medicas or Alergias: _____

Nombre de la compañía de Seguro Medico Primario: _____

Nombre del Dueño de la Poliza de Seguro: _____ Numero de la Poliza: _____

Numero de Telephone: (____) _____

Liberación de Padres / Guardianes

En consideración a la posibilidad de participar durante este evento, el padre o representante afirma, reconoce y acepta que:

El riesgo de lesiones involucradas durante este Campeonato y en sus actividades es significativo, incluyendo el potencial de lesiones graves y permanente. Aunque las reglas particulares, equipo y disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de lesiones corporales mucho mas graves que talvez puedan ser letales. YO CONOZCA Y ASUME LIBREMENTE TODOS LOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, aunque provengan de la negligencia de los lanzamientos u otros, y asuma la plena responsabilidad de mi participación; Y estoy dispuesto a cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación.

Sin embargo, si observo algún peligro inusual durante mi presencia o participación, removeré a mi hijo de la participación. HE LEÍDO ESTA LIBERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD Y LA ASUNCIÓN DEL ACUERDO DE RIESGO, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE DADO LOS DERECHOS SUBSTANCIALES FIRMANDO, Y FIRMELO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUNA INDUCCIÓN.

Participant's Printed Name: _____ Date: _____

Participant's Signature: _____

Parent's Printed Name: _____ Date: _____

Parent Signature: _____



**Islas Malvinas Summer Tournament 2019
Player Medical Informational Release and Waiver**

This form must be present during the tournament.

****This form does not need to be notarized****

Player Name: _____ Date of Birth: _____

Parents Names: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Contact Number : (____) _____ Contact Number 1 _____

Emergency Contact

Name: _____ Contact Number (____) _____

Medical Conditions or allergies: _____

Primary Medical Insurance

Company: _____

Policy Holder: _____ Policy Number: _____

Contact Telephone Number: (____) _____

Parent/Guardian Release

In consideration of being allowed to participate during this event, the undersigned acknowledges, appreciates, and agrees that:

The risk of injury involved during this tournament and any other activities might be significant, including the potential for serious and permanent injuries. Although rules, equipment, and personal discipline can reduce this risk, there is a slight risk of much more serious injury that may result lethal. I KNOWINGLY AND FREELY ASSUME ALL SUCH RISKS, both known and unknown, even if arising from the negligence of the releases or others, and assume full responsibility for my participation; and I will willingly agree to comply with the stated and customary terms and conditions for participation. If, however, I observe any unusual significant hazard during my presence or participation, I will remove my child from participation.

I HAVE READ THIS RELEASE OF LIABILITY AND ASSUMPTION OF RISK AGREEMENT, FULLY UNDERSTAND ITS TERMS, UNDERSTAND THAT I HAVE GIVEN SUBSTANTIAL RIGHTS BY SIGNING IT, AND SIGN IT FREELY AND VOLUNTARILY WITHOUT ANY INDUCEMENT.

Participant's Printed Name: _____ Date: _____

Participant's Signature: _____

Parent's Printed Name: _____ Date: _____

Parent Signature: _____