



CONVENIO ENTRE JUGADOR, EQUIPO

EQUIPO: _____ PUEBLO: _____ CATEGORÍA: _____

Por el presente convenio las jugadoras y equipo arriba mencionado acuerdan y pactan que dicho jugador formará parte del referido equipo en el torneo de la categoría indicada bajo los términos y condiciones que se fijan bajo el Reglamento y Protocolo de la Copa The Quest Volleyball Championship y que el cumplimiento es de ambos.

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE AFILIACIÓN	TELÉFONO	NOMBRE PADRE /MADRE	FIRMA PADRE/MADRE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

1. Los arriba firmantes por la presente, convenimos voluntariamente en que el padre o encargado y su hijo(a) asumen todos los riesgos que conlleva del deporte del volleyball. Convenimos también que los Oficiales de Equipo y North Volleyball Puerto Rico, así como sus oficiales y directivos quedan, por la presente relevados de toda responsabilidad por cualquier lesión sufrida y cualquier contagio por COVID-19 por el participante como resultado de su participación en el torneo.

2. Este acuerdo es final y estipula que los firmantes cumplirán con los compromisos del Equipo con North Volleyball Puerto Rico. Convienen voluntariamente disposiciones establecidas por el protocolo y reglamento vigente de North Volleyball Puerto Rico.

3. El Encargado de cada equipo será responsable de tener todos los resultados de las pruebas negativas y un seguro activo y vigente para sus jugadores, liberando así de toda responsabilidad de accidente a North Volleyball Puerto Rico.

Yo, _____, Encargado/a o Representante del Equipo _____ participando en la Categoría de _____ años, certifico que la información arriba ofrecida es correcta y fiel haciéndome responsable y aceptando todos los remedios que se le apliquen por parte de North Volleyball Puerto Rico de resultar que la información ofrecida no es correcta.

Nombre del Entrenador /a: _____ Firma: _____ Nombre del Apoderado/a: _____

Firma: _____ Número de afiliación: _____

Nombre del Asistente: _____ Firma: _____ Número de afiliación: _____