



RCVS, INC.

ESCUELA DE VERANO DE VOLLEYBALL FEMENINO

Nombre _____
Nombre Inicial Apellidos Fecha Nac. Edad Género

Tamaño Camisa: 6-8 10-12 14-16 Small Medium Large X-Large

Dirección Postal

Dirección Residencial

Contacto Primario: Padre o Encargado	
Nombre _____ Nombre Inicial Apellidos	_____ Lugar de trabajo
Teléfono _____	Tel. 2 _____

Contacto Secundario: Madre o Encargado	
Nombre _____ Nombre Inicial Apellidos	_____ Lugar de trabajo
Teléfono _____	Tel. 2 _____

Plan Médico Primario _____ Póliza _____

Doctor Primario (Familia) _____ Teléfono Doctor _____

Describe si la participante padece de alguna condición médica:	
Alguna Medicación:	Alérgico a:

**** Favor de leer e iniciar en cada encasillado****

Permiso de participación y consentimiento de bienestar

El participante, _____, tiene mi permiso para participar en clínicas, competencias, eventos, actividades deportivas y recreativas auspiciadas por **RCVS, INC.** Autorizo a todos los entrenadores encargados a ofrecer el servicio de clínicas y entrenamientos.. Certifico que el participante tiene seguro médico completo con la aseguradora antes mencionada. Y también certifico que a mi mayor conocimiento, el participante antes descrito y mencionado está físicamente apto para participar de las actividades de **RCVS, INC.** . Si en un momento posterior las condiciones no son seguras o la salud del menor no es apropiada para la actividad, el menor inmediatamente no continuará participando de las actividades desarrolladas.

Consentimiento de fotografía y filmación

Autorizo a la administración de **RCVS, INC** y sus auspiciadores a tomar fotos y videos mi(s) hijo(s) durante su participación en **RCVS, INC** que serán publicadas en nuestra página de internet **www.rubencvs.org** y /o documentos públicos de **RCVS, INC** y sus auspiciadores u otros medios necesarios.

Autorización de asistencia médica

Si, durante el transcurso de la participación de mi hijo en las actividades auspiciadas por **RCVS, INC**, se siente enfermo o sufre una lesión, Yo AUTORIZO NO AUTORIZO al personal de **RCVS, INC** a asistir a mi hijo para que obtenga la atención médica necesaria. Yo asumiré y cubriré cualquier gasto incurrido con mi plan médico. Certificado médico debe ser entregado una vez finaliza la totalidad del pago.

Relevo de Responsabilidad

También entiendo completamente que las actividades atléticas envuelven riesgos, peligros de serias lesiones físicas, fracturas, parálisis permanente y hasta muerte. Yo **RELEVO DE TODA RESPONSABILIDAD** a **RCVS, INC.**, organizadores, auspiciadores y empleados de cualquier reclamación. **ASUMO y ACEPTO** completamente la responsabilidad de daño, pérdida y/o costo médicos que puedan haber sido causado por las mismas acciones o inacciones del menor, las acciones o inacciones de otros participantes en la actividad, las condiciones donde se llevan a cabo las actividades o por la negligencia del firmante del acuerdo abajo. Además entiendo puede haber otros riesgos, daños sociales y económicos, que no conocemos o hemos pronosticado en este momento, los acepto completamente. Asumo toda la responsabilidad por daño, perdida, muerte o costos médicos que incurra el menor como resultado de la participación en las actividades de Clínicas y Juegos auspiciados por **RCVS, INC.**

Matrícula - Política de Reembolso - Penalidades

Para asegurar el espacio en la escuela de voleibol de Verano, se requiere un depósito del 50% del costo. Una vez separado el espacio o pagada la matrícula no habrá devolución de dinero. Cheques devueltos en el banco tendrán un cargo de \$20.00 y la totalidad tendrá que ser pagada en efectivo. No se aceptarán inscripciones con documentos incompletos.

Acuerdo de recogido de participante

El horario de la Escuela de Verano es de 8:00 a 3:00 p.m. , por consiguiente me comprometo a recoger a mi hija en o antes de las 3:15 p.m. Niña recogido después de la 3:15pm tendrá un costo adicional de \$20.00 y será pagado al momento.

**DADO A ESTO, YO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTE DOCUMENTO EN SEÑAL DE ACUERDO Y ENTENDIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES Y RIESGOS QUE CONLLEVA LA PARTICIPACIÓN DEL MENOR EN LAS ACTIVIDADES QUE OFREZCA
RCVS, INC.**

Nombre del padre o encargado

Firma del padre o encargado

Fecha

Letra de molde.

Nombre del participante

Letra de molde.

Firma del participante

Fecha