

## ATKINSON BALONCESTO PARA NIÑOS FORMULARIO DE REGISTRO

			Varón/Hembra
Nombre del niño(a)	Grado	Maestro	(marque con un círculo)
Fecha de nacimiento y edad	Altura	Por favor escriba cualquier problema médico o alergias	
Seguro médico del niño/número de póliza	Nombre de su médico y número de teléfono		

Nombre del Padre/Guardián	Tel. 1	Tel. 2	Correo electrónico
---------------------------	--------	--------	--------------------

Nombre y número de teléfono de Contacto(s) de Emergencia

¿Su hijo ha jugado al baloncesto antes? SÍ/NO. (marque con un círculo) En caso afirmativo, ¿cuántos años ha jugado? \_\_\_\_\_  
 En caso negativo, por favor revise el documento adjunto sobre Clínicas para Nuevos Jugadores. ¿Está pensando en inscribirse en la Clínica para Nuevos Jugadores? SI / NO

Debido a circunstancias especiales, tales como compartir carro o mantener juntos a hermanos, me gustaría que mi hijo esté en el mismo equipo que \_\_\_\_\_ (solo un nombre, por favor). Haremos nuestro mejor esfuerzo, pero las solicitudes de colocación no pueden ser garantizadas. Por favor, explique su situación:

### RENUNCIA Y ACUERDO DE CONDUCTA

\_\_\_\_\_ (nombre del estudiante) tiene mi permiso para participar en el programa de Atkinson Baloncesto para Niños (AKB), una organización de voluntarios dirigido por padres para niños. Entiendo que hay un riesgo de accidentes con daños corporales en participar en esta actividad. Entiendo que el programa AKB está previsto con la seguridad de los participantes en mente. También reconozco que mi niño tiene la capacidad física razonablemente necesaria para participar en el programa de AKB. Sin embargo, por la presente renuncio a todos los reclamos que podría tener en contra del coordinador de voluntarios, entrenadores, asistentes, árbitros y cualquier otro participante o de sus agentes con motivo de heridas que se producen a partir de la participación de mi hijo. En caso de emergencia, accidente o enfermedad, doy mi permiso para que mi hijo sea tratado por un profesional médico con licencia e ingresado en un hospital, si es necesario. Estoy de acuerdo en ser el responsable de todos los gastos médicos que se hayan incurrido en nombre de mi hijo.

AKB considera la buena conducta por parte de jugadores, padres, y entrenadores a ser una parte vital del éxito del programa. La buena conducta incluye el tratamiento de todos los jugadores, entrenadores, árbitros, y otros padres voluntarios con respeto. También es el trabajo de todos los participantes (entrenadores y árbitros voluntarios, jugadores y padres de fomentar un ambiente de deportividad, diversión, y aprendizaje en todas las prácticas y juegos.

Si mi aplicación incluye una solicitud de exención de cuotas, mi firma también indica que doy mi consentimiento para compartir la elegibilidad de mi hijo para el almuerzo gratis o a precio reducido.

Nombre del Padre/Guardián (IMPRIMA)	Firma del Padre/Guardián	Fecha
-------------------------------------	--------------------------	-------

Sí, me encantaría ser voluntario para ayudar a que Atkinson Baloncesto para Niños sea un éxito!

\_\_\_\_\_ (nombre, teléfono, y correo electrónico)

puede ser voluntario como: (marque con un círculo) ENTRENADOR PRINCIPAL ENTRENADOR ASISTENTE ÁRBITRO OTRAS

HABILIDADES/SERVICIOS (por ejemplo: solicitando donaciones para el banquete de premios): \_\_\_\_\_

DEVUELVA ESTA FORMULARIO COMPLETO CON SU CUOTA DE REGISTRO A LA OFICINA ESCOLAR ANTES DEL **VIERNES, 8 DE NOVIEMBRE**.  
 (haga su cheque a nombre de Atkinson PTA)

<p>Cuota complete incluida <b>\$5-20</b></p> <p>Cuota: Almuerzo a Precio Reducido = \$0-\$5. Mi familia puede pagar \$ _____</p> <p>Cuota: Almuerzo Gratis = \$0-\$5. Mi familia puede pagar \$ _____</p> <p>Contribución al programa AKB. He incluido \$ _____ como una donación al programa.</p>
--

<p>OFFICIAL USE ONLY:</p> <p>\$ _____ CHECK # _____</p> <p>RECEIVED ___/___/2019</p>
--