

## Formulario de registro del programa Badges for Béisbol

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Raza\* \_\_\_\_\_ Género\* \_\_\_\_\_

\* Esto es solo para fines demográficos, esta información no se comparte con nadie

Me gustaría participar en: (circule sólo uno)      Neenah o Menasha

Talla de la camiseta ( talla para adulto) \_\_\_\_\_

Doy permiso para que \_\_\_\_\_ participe en el programa *Badges for Baseball*. No responsabilizaré a ningún miembro del personal de *Cal Ripkin, Sr. Foundation, Youth Go, Inc.* ni a ninguno de sus representantes por cualquier accidente o lesión. Entiendo que si mi hijo infringe alguna de las reglas, se me informará y se espera que yo haga los arreglos necesarios para su regreso inmediato a casa.

Problemas específicos de salud: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ Póliza #'s: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Quién más está autorizado para tomar decisiones sobre el tratamiento médico en el caso de no se pueda contactar al padre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo que en caso de ocurra una situación médica durante mi ausencia, o si el hospital o el médico(s) no puedan ponerse en contacto conmigo; yo autorizo el tratamiento, la administración de anestesia y los tratamientos quirúrgicos para mi hijo menor, \_\_\_\_\_, (nombre del niño). Esta autorización se extiende a cualquier hospital y también al médico(s) como al personal de enfermería del hospital, así como a cualquier médico o consultorio en donde se realice el tratamiento. Entiendo que cualquier factura como resultado de un tratamiento médico es responsabilidad de mi familia y / o mi compañía de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso (nombre del padre)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_  
Número de Celular

**\* Por favor envíe este formulario de regreso a Youth Go antes del viernes 3 de junio \***