

Formulario de inscripción al programa Badges for Baseball

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 a 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

Correo electrónico

*** Por favor envíe este formulario de regreso a Youth Go antes del lunes 09 de junio***