

ELEMENTARY SCHOOL SPORTS LEAGUE REGISTRATION FORM

Student Name (Nombre del Estudiante): _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

School Name (Nombre de la Escuela): _____

Birth Date (Fecha Nacimiento): _____ Grade (Grado): _____ Gender (Genero): M / F

Jersey Size (Camisol) Circle one: Youth (Joven) S Youth M Youth L

Adult (Adulto) S Adult M Adult L Adult XL

Mother (Madre): _____ Cell Phone (Cellular): _____

Work Phone (# Trabajo): _____

Father (Padre): _____ Cell Phone (Cellular): _____

Work Phone (# Trabajo): _____

List who may be contacted in an emergency if parent cannot be reached (Lista en caso de emergencia en caso de que los padres no puedan ser localizados):

Name (Nombre): _____ Phone (Tel.): _____

Relationship to student (Relacion con el menor): _____

Name (Nombre): _____ Phone (Tel.): _____

Relationship to student (Relacion con el menor): _____

List any medical problems or special needs the student has. (Liste cualquier problema medico o necesidad especial que tenga el menor): _____

Is the student allergic to any medicines, plants, or insects? If so, please list them. (Alergico a medicinas, plantas, insectos) _____

REMINDER: Please understand that you MUST be able to pick your child up when practice ends at 4:00 pm. RECORDATORIO: Por favor entienda que DEBE poder recoger a su hijo cuando la práctica termine a las 4pm.

Parent/Guardian Authorization: I give permission for my child to participate in the YMCA Elementary School Sports program. This information is correct to the best of my knowledge and the student listed is in good health to participate in practice. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give my permission for a selected physician or hospital to secure the proper care for my child. I release the Moultrie YMCA, the Colquitt County School System, and any instructors or volunteers from responsibility in case of injury. I further agree to be fully responsible for all medical expenses incurred during the treatment of my child. I give the Moultrie YMCA permission to take pictures of my child in his /her daily activities associated with the Moultrie YMCA and use them in publications such as but not limited to: The Moultrie Observer, Facebook, Newsletter and flyers.

Medical facility used: COLQUITT REGIONAL MEDICAL CENTER

Autorización del Padre/Tutor: Yo autorizo a mi menor en participar en la YMCA después de clases ya mencionado. Esta información es correcta lo mejor de mis conocimientos, y el menor arriba ya mencionado se encuentra en Buena condición física para participar en este programa. En caso de no poder ser localizado en caso de emergencia, yo autorizo la asistencia de un doctor hospital para dar el cuidado adecuado a mi menor. Yo libero a la YMCA, al sistema educativo del condado de Colquitt, y a los instructores o voluntarios de cualquier responsabilidad o cualquier accidente.

Yo estoy completamente de acuerdo en ser totalmente responsable de cualquier gasto medico ocurrido durante el tratamiento del menor. Doy permiso al Moultrie YMCA para tomar fotos de mi hijo en sus actividades diarias asociadas con el Moultrie YMCA y el uso en publicaciones tales como: The Moultrie Observer, Facebook, Boletín Informativo y folletos.

Facilidad Medica: Colquitt Regional Medical Center

Parent/Guardian Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____