POWER LEAGUE PUERTO RICO INC.

Este formulario debe estar totalmente lleno y firmado en todas sus secciones por los jugadores, padres ó encargados. Cuando firmas este formulario admites que leíste el mismo.

RELEVO MEDICO CARIBBEAN SOCCER CHAMPIONSHIP 2020.

Nombre_____ Inicial ___ Apellido_____

(Nombre del jugador)

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Padre o Encardo (Mayor de 21 años)

Dirección Postal o Residencial:

_____

(Calle) (#) (Pueblo) (00-00000)

Padre ó encargado de jugadores menores de 18 años:

El participante _____tiene permiso para participar en el evento de Power League Caribbean Soccer Championship 2020 a celebrarse en el mes de julio. Certifico que el participante tiene plan médico y está cubierto por él mismo. También certifico que el participante goza de buena condición física y no padece de ninguna condición que le impida hacer actividad física u/o participar de eventos deportivos.

Núm. de póliza plan médico: _____

Compañía de seguro: _____

Autorizo a que se le ofrezcan primeros auxilios en caso de ser necesario y asumiré

cualquier cargo económico a través de mi compañía de seguro.

¿Alérgico a medicamentos?: Si ___ No ___ Medicamento: _____
¿Operaciones recientes?: Si ___ No ___

explique: _____ _____
fecha: Día ____ Mes ____ Año _____

Si fue operado recientemente deberá presentar junto a este documento una autorización del doctor que le practicó la operación dándole el permiso para poder participar de un evento deportivo.

___No Autorizo a que se le ofrezcan primeros auxilios en caso de ser necesario.

Yo _____, asumiré los riesgos que implique el que no se le

Padre o encargado

brinden los primeros auxilios al participante _____

Nombre del Jugador

El cual participa con el equipo _____ del club _____

División o Nombre del equipo Nombre del club

_____

_____ _____ _____

Firma del padre o encargado **Parentesco** **Fecha**

WWW.POWERLEAGUEPR.COM

POWER LEAGUE PUERTO RICO INC.

This form must be filled and signed in all areas by players, parents or guardians. When you sign this form you admit you read it.

MEDICAL RELEASE CARIBBEAN SOCCER CHAMPIONSHIP 2020

Name _____ Initial____ Last name_____

(Player Name)

Date of Birth: Day____ Month _____ Year _____ Gender: Male ____ Female ____
Name _____ Initial___ Last name _____

Parent or in charge or (Over 21 years)

Postal Address or Residential:

_____

(Street) (#) (Town) (00-00000)

Parent or responsible for players under 18 years:

The participant _____
has permission to participate in the event Power League Caribbean Soccer Championship 2020 to be held in July. I certify that the participant has a medical plan and is covered by it. I certify that the participant is in good physical condition and does not have a poor physical condition that prevents him from doing physical activity and / or participating in sporting events.

No. of club policy. _____

Insurance Company: _____

No. of health plan policy. _____

Insurance Company: _____

Authorize to be offered first aid if necessary and assume any financial charge through my insurance company.

• Allergic Medications? Yes ___ No ___ Medication: _____
• Recent operations?: Yes ___ No ___ explain:_____

_____ Date: Month ____ Day ____ Year _____

If you were recently operated must submit this document with permission from the doctor who

performed the operation giving permission to participate in a sporting event.

Do not authorize to be offered first aid if necessary.

I _____, assume the risks involved which is not

(Parent or guardian name)

provide first aid to the participant _____, which participates

(Player Name)

in the division _____ with the club team_____

(Division) **(Club Name)**

_____ _____ ____/___/_____
Signature of Parent or Guardian Relationship Date

WWW.POWERLEAGUEPR.COM