

# AMIGOS EN AZUL 2021 TORNEO DE FÚTBOL



JULIO 17, 24 & 31, 2021 10A-2P

## Información del participante—por favor use un formulario por niño/a

Nombre del niño/a (primer nombre, Segundo y apellido)

Sexo

Fecha de Nacimiento

Padre/Madre/Tutor

Domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono (casa)

Celular

Correo Electrónico

## Autorización Para Publicar Fotografías

Autorizo a la ciudad de Madison y Amigos en Azul para que tomen fotos, o videos de mi hijo/a \_\_\_\_\_ mientras participa en el Torneo de Fútbol. Yo entiendo que estas fotografías y la información de identificación (por ejemplo, nombres) pueden ser usados por los medios de comunicación o por las ciudad de Madison y Amigos en Azul para publicidad. Yo autorizo a que las fotos y/ o videos sean usados de esta manera.

Fecha

Firma del Padre/Madre o Tutor

## Para Uso del Staff SOLAMENTE

- Julio 17th - Marlborough Park, Madison
- Julio 24th - Renstone Park, Sun Prairie
- Julio 31st - Marlborough Park, Madison



## Contacto de Emergencia/Información sobre la Salud

¿Su hijo/a necesita cualquier clase de adaptación para participar en esta actividad?

**Sí/ No (circule uno)**

¿Su hijo/a tiene alguna restricción de salud que no le permitirá hacer todo en la academia, o alguna restricción que requiera de ayuda médica rápidamente?

**Sí/ No (circule uno)**

Si usted ha indicado que SÍ en cualquiera de las dos preguntas anteriores, escribe a continuación cuáles son los cuidados que necesita o cualquier otra información necesaria.

---

---

Nombre del contacto de emergencia

Relación

Teléfono

Nombre del contacto de emergencia

Relación

Teléfono

**Yo certifico que mi hijo/a tiene todas sus vacunas. \_\_\_\_\_ Ponga sus iniciales**

**En caso de una emergencia, yo autorizo a que se le dé el tratamiento médico que sea necesario. Yo entiendo que en el caso de una emergencia se harán todos los intentos posibles para contactarme a mí o mi contacto de emergencia. \_\_\_\_\_ Ponga sus iniciales.**

- La policía ni los voluntaries están autorizados para administrar medicamento.
- Si su hijo/a tiene necesidades especiales fuera de lo que el personal o los voluntaries están entrenados a hacer, proporcione las instrucciones de tratamiento necesarias.
- Los contactos de emergencia tienen que ser mayores de 18 años y estar disponibles

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Liberación de Responsabilidad/Indemnización

Yo, el padre/madre o tutor de \_\_\_\_\_ libero a la ciudad de Madison y/o Amigos en Azul, a sus oficiales, voluntaries, agentes y empleados de todos los reclamos por lesiones, daños o pérdidas que puedan surgir como consecuencia de la participación de mi hijo/a en el Torneo De Fútbol en la que he inscrito a mi hijo/a. Asimismo, acepto indemnizar y defender a la ciudad de Madison y/o Amigos en Azul ante dichos reclamos.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE COMUNICADO DE RESPONSABILIDAD/INDEMNIZACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha