



Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico

Registro de Equipos

Nombre del Equipo _____				Cede del Equipo _____	
Nombre Apoderado _____				<u>Teléfonos</u> Casa: (____) _____ Cel: (____) _____	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		
<u>Dirección Postal</u> Urb. PO Box, HC, RR Núm. / Calle Ciudad País Zip Code					
<u>Dirección Física</u> Urbanización/Condominio Núm. / Calle Ciudad País Zip Code					
<u>Correo Electrónico:</u>				<u>Numero de Jugadores Inscritos:</u>	
Información de Staff:		Nombre de "Head Coach" : _____ Nombre de "Assistant Coach" : _____ Nombre de "Assistant Coach" : _____ Nombre de "Assistant Coach" : _____		Teléfono: _____ (____) _____ Teléfono: _____ (____) _____ Teléfono: _____ (____) _____ Teléfono: _____ (____) _____	
Como su pistas de la Liga: <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> "Flyer" <input type="checkbox"/> Otro: _____					
El equipo ha participado en esta liga anteriormente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____					
Compromiso y Relevo de Responsabilidad					
<p>✓ Yo, _____, como apoderado del equipo _____, me comprometo a que mi equipo asista a los juegos según citados. A llevar una conducta adecuada, respetuosa y sana, siguiendo las reglas y regulaciones de la liga y sus representantes. Que velare por que las mismas también sean seguidas por los integrantes del equipo al que represento, sus "coaches", padres y demás relacionados. Entiendo que de faltar a estas podemos ser sancionado e incluso conllevar a la terminación de la participación del equipo al que represento, No provocare ni dejare que provoquen daño físico intencional a ninguno de mis compañeros, coaches y/o representantes de la liga.</p> <p>✓ Entendiendo que la práctica de cualquier deporte puede conllevar el riesgo de una lesión y que el deporte de <i>football</i> es uno de constante contacto físico y que existe la posibilidad de alguna lesión incluyendo una lesión seria. Al firmar este documento, acepto relevar de responsabilidad y declino cualquier demanda a La Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, sus <i>coaches encargados, representantes, padres y/o participantes</i> en el presente o en el futuro de mi parte o de mi familia por lesiones corporales.</p> <p>✓ Acepto otorgar permiso para que los integrantes del equipo al que represento reciba tratamiento de emergencia, de ser necesario, y autorizo al personal de La Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, la transportación al hospital más cercano de así ser requerido y que cualquier gasto médico, de ambulancia, medicamentos u otros no cubiertos por mi seguro de salud será mi responsabilidad y no la de La Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, ni de ninguno de sus representantes.</p> <p>✓ Al firmar este Compromiso, reconozco que se nos ha explicado el costo por inscripción por equipo y de cada uno de sus jugadores, y que el mismo NO es reembolsable. Que se me ha dado copia de las reglas de la liga.</p> <p>✓ Certifico que he leído y firmo este documento libremente entendiendo todas sus partes.</p>					
Firma del Apoderado: _____				Fecha: _____	



Asociación de Football Americano de Puerto Rico

Registro de Equipos

Uso Oficial

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja de Inscripción por jugador | <input type="checkbox"/> Costo de Inscripción de Equipo | <input type="checkbox"/> Costo de Inscripción jugadores |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento (original) @ | <input type="checkbox"/> Certificado Medico @ | <input type="checkbox"/> Evidencia de Estudios @ |
| <input type="checkbox"/> Compromiso y Relevo firmado | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Modo de pago: Fecha: _____

Efectivo

Cheque