

Ravenswood Little League

Inscripciones para el equipo de Béisbol



Para los niños y niñas de East Palo Alto y East Menlo Park de edades 8-12

Ravenswood Little League Béisbol

Requisitos:

- ◆ Residir en East Palo Alto o East Menlo Park/Belle Haven
- ◆ Libre para jugar
- ◆ Para más información llame a Anthony Johnson al (650) 208-9158



Yo o nosotros como padre(s)/tutor(es) del abajo nombrado candidato para la posición en un equipo de Little League, aprobamos la participación en cualquier y toda actividad de Little League, incluyendo transportación de y a la actividad.

Yo o nosotros sabemos que la participación en el béisbol puede resultar en lesiones serias y el equipo de protección no protege de todas las lesiones a los jugadores. Little League Baseball, Inc. los organizadores, patrocinadores, supervisores, participantes, y a las personas transportando a mi(s) hijo(s) de y a las actividades son exentos de cualquier demanda que se presente de cualquier lesión a mi/s niños, aunque sea el resultado de negligencia o de cualquier otra causa.

Yo o nosotros estamos de acuerdo en regresar el uniforme y todo otro equipo tal como el guante etc., en la misma condición en que fue prestado a excepción del desgaste normal.

Yo o nosotros mostraremos un acta de nacimiento y una prueba de residencia del niño nombrado abajo a los funcionarios de la liga.

Yo estoy responsable por los daños de mi carro en el parque de Martin Luther King y en otras campos donde mi niño este jugando beisbol.

Otorgamos permiso Ravenswood Little League para fotografiar y publicar historias y fotos desde varios tipos de medios de mí y mi hijo . Entiendo que mi hijo puede aparecer en imágenes fotográficas , videos o ser mencionada en un artículo o leyenda.

Nombre del jugador _____

Contacto De Emergencia

Dirección

Nombre: _____

Telefono: _____

Firma

E-mail y Telefono

Fecha de nacimiento _____

Sexo: M F

Tamaño CH MED GRA

¿Estás dispuesto a ser voluntario?

¿Necesita más información?

Information de alergias :(, visión, etc médicas.) _____

Nombre de la Aseguradora: _____

Numero de Seguro #: _____

Doctor/Hospital: _____

Teléfono: _____

