

# Registro para el Campamento de Baloncesto Femenino de la Escuela Secundaria Corning Union

**Registro:** a las 8:30 el martes 9 de julio en el Gimnasio Norte. Las solicitudes también estarán disponibles durante el registro. **Las solicitudes deben ser firmadas por un padre/tutor.**

Nombre de Jugadora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Grado al que ingresarán: \_\_\_\_\_

## **Información de contacto de emergencia:**

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

## **Asunción de Riesgo/ Renuncia de Derechos**

En consideración de su aceptación de mi registro en el Campamento de Baloncesto Femenino de la Escuela Secundaria Corning Union, por la presente, yo, por mí mismo/a, mis herederos, mis ejecutores y administradores, asumo todos los riesgos de lesiones derivadas de mi asistencia o participación en el campamento u otros eventos del campamento, y libero y renuncio a todos los derechos y reclamos que tengo contra los patrocinadores, organizadores, la Escuela Secundaria Corning Union y el Distrito Escolar de la Escuela Secundaria Corning Union y otras personas asociadas con el campamento por daños, pérdidas o lesiones que pueda sufrir en relación con el campamento u otros eventos del campamento. Entiendo que soy responsable de mi propio comportamiento y acepto voluntariamente el riesgo de lesiones o pérdidas resultantes de mi participación en el campamento y actividades relacionadas con el campamento. Yo, por mí mismo/a, mis herederos, ejecutores y administradores, libero y también acepto defender, indemnizar y eximir de responsabilidad al Equipo de Baloncesto Femenino de la Escuela Secundaria Corning y al Distrito Escolar de la Escuela Secundaria Corning Union y otras personas asociadas con el campamento por cualquier pérdida, daño o lesión que pueda ocurrir como resultado de la negligencia de la Escuela Secundaria Corning o de cualquiera de ellos. Ningún profesional de la salud u otra persona me ha dicho que no participe en esta clínica por motivos de salud.

---

**Firma del/de la atleta:**

---

**Firma del padre/tutor:**

OFFICE SECTION: Paid \$50 for camp \_\_\_YES \_\_\_NO