



Primera Copa Alcalde Aguadilla

RELEVO MEDICO

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____
(Nombre del jugador)

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año _____ Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____
Padre o Encargo (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 Primera Copa Alcalde Aguadilla 2015 a celebrarse en julio 31 y agosto. Certifico que el participante tiene plan médico y está cubierto por el mismo además, el club con el que participa tiene una póliza de seguro la cual cubre al jugador de accidentes y atenciones médicas. También certifico que el participante goza de buena condición física.

Núm. de póliza del club: _____ Compañía de seguro: _____

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 brinden los primeros auxilios al participante _____ el cual participa con el equipo _____ del club _____
- Padre o encargado** **Nombre del Jugador**
División o Nombre del equipo **Nombre del club**

Firma del padre o encargado

Parentesco

Fecha