

AIR POWER GAMES® FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor complete y regrese el formulario de inscripción a la enfermera de la escuela o la oficina de CHOC Breathmobile™ para el viernes, 3 de abril de 2009 para asegurarse de que su niño esta en el programa. Por lo menos un padre/tutores debe acompañar al niño al acontecimiento.

CHOC Breathmobile, Attn: Christina Bernal, 455 South Main Street, Orange, CA 92868

***LOS NIÑOS DEBEN SER DIAGNOSTICADOS CON EL ASMA POR SU MÉDICO. TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN DE USAR ROPA PARA ATLETISMO. SE RECOMIENDA QUE OBTENGA PERMISO DEL MÉDICO DEL NIÑO ANTES DE TOMAR PARTE EN LOS AIR POWER GAMES®.**

Nombre de niño _____

El Nombre del Padre/Tutores que asiste _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono (de día) _____ Teléfono Celular _____

El sexo (marque uno) M F la Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____

Edad de niño/a el 18 de abril, 2009 _____

Tamaño de camiseta (marque uno) XS S M L XL XXL

A mi niño le gustaria participar en los acontecimientos siguientes (por favor marque con una "X")

<input type="checkbox"/> Pista de obstáculos	<input type="checkbox"/> Salto de longitud
<input type="checkbox"/> Carrera de cincuenta metros (50 metros dash)	<input type="checkbox"/> Carrera de doscientos metros (200 metros dash)
<input type="checkbox"/> Salto de altura (las edades 7-14 sólo)	<input type="checkbox"/> Tiro de pelota
<input type="checkbox"/> Carrera de cien metros (100 metros dash)	

Yo, _____, por la presente autorizo al Hospital de Niños de Condado Orange, el Colegio de Santa Ana y la Fundación de Asma y Alergia de América, sus componentes y se afiliados a utilizar mi nombre o el nombre de mi dependiente, la voz, las declaraciones, las fotografías y otras reproducciones y las semejanzas. Entiendo que esta información será utilizada en actividades y publicaciones del CHOC Children's, Colegio de Santa Ana y la Fundación de Asma y Alergia de América, sus componentes y se afiliados.

Renuncia y Liberación de la Obligación por Daños y Perjuicios

Al permitir que (imprime el nombre de niño) _____ tome parte en los Juegos de Atletismo, entiendo y reconozco que asumo todo riesgo de cualquier tipo de daños que mi niño pueda recibir o pueda sostener a consecuencia de tomar parte en dichos juegos. Por consiguiente, firmando abajo, yo entiendo que por la presente completamente libero al Hospital de Niños de Condado Orange, la Fundación de Asma y Alergia de América – al Capítulo Meridional de California, al estado de California, los Fideicomisarios del Colegio de Santa Ana, y de cada uno de sus agentes, los representantes y los empleados, de la obligación o responsabilidad para cualquier y todos reclamos, los daños y perjuicios, las pérdidas o las causas de la acción que pueda resultar de o surgir a causa de la participación de mi niño en los Juegos de Atletismo.

Consiento a mi niño para ser fotografiado, grabado o filmado o para ser entrevistado con el propósito de documentar la experiencia con los Juegos de Atletismo y entiendo que esta información puede ser utilizada para la publicidad, la recaudación de fondos u otros propósitos.

Firma de Padre/Tutores

Fecha

Nombre de Niño/Dependiente