

AIR POWER GAMES® FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

FECHA DE EVENTO: SABADO, 20 de Mayo, 2017

Un día de atletismo para niños de 5 a 14 años que padecen de asma

Hay una cuota de inscripción no reembolsable de \$5, debido al cumplir este formulario de inscripción.

Por favor complete y regrese el formulario de inscripción a la oficina de

CHOC Children's Breathmobile™ para el viernes, 14 de Abril de 2017 para asegurarse de que su niño está en el programa. Por lo menos un padre/tutores debe acompañar al niño al acontecimiento.

CHOC Children's Breathmobile, Attn: Cristina Bernal, 1201 West La Veta Avenue, Orange, CA 92868

Cualquier pregunta llama por favor (714) 509-7573 FAX (855) 212-6740 email: cbernal@choc.org

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

Nombre de niño _____

Nombre del Padre/Tutores _____ Correo electrónico _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono (de día) _____ Teléfono Celular _____

El sexo (marque uno) **M F** Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____

Edad de niño/a el 20 de Mayo, 2017 _____

Tamaño de camiseta (marque uno y distingue si tamaño adulto o de niño)

XS S M L XL XXL

¿Cómo se enteró de este evento? _____

Lenguaje de preferencia _____

¿El almuerzo será proporcionado, cuantos boletos se necesita? _____

Yo, (**imprime el nombre del Padre/Tutores**) _____, por la presente autorizo al Hospital de Niños de Condado Orange, 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, 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, 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

Iniciales de Padre/Tutore
indica que niño/dependiente
padece de asma. Iniciales aquí