

XXIV TORNEO de BOLOS 2019

SÁBADO
23
FEBRERO
8:00 a.m.

Para socios,
socios pensionados e
hijos y nietos de socios

CAROLINA BOWLING CENTER

CATEGORÍAS Femenino y Masculino**

18-29 años	30-39 años	40-49 años	50 años o más	Pensionados
---------------	---------------	---------------	------------------	-------------

CATEGORÍA Mixto***

18-29 años	30-39 años	40-49 años	50+ años
---------------	---------------	---------------	-------------

PREMIACIONES PARA SOCIOS****

El ganador global y el primer y segundo lugar en cada categoría recibirán trofeos y medallas; los ganadores del tercer lugar recibirán medallas.

CATEGORÍA Hijos y Nietos

8-9 años	10-11 años	12-13 años	14-15 años	16-17 años
-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

PREMIACIONES PARA HIJOS Y NIETOS****

Premiación individual por categoría con medallas solamente.

Fecha límite de inscripción*:
15 de febrero de 2019
No se aceptarán inscripciones después de la fecha límite.



Para información e inscripciones, comunícate con el **Coordinador de Deportes** de tu entidad gubernamental o con la **Sección de Deportes de la Asociación de Empleados del ELA**, al **787-641-2021**, exts. 1332-1335.
Las inscripciones estarán disponibles en **www.aeela.com**.

 [asociaciondeempleados](#)
 [aempleados](#)
 [asociacionempleados](#)
787.641.2021

Línea Libre de Cargos 1-888-660-6608

Línea para Personas Audioimpedidas **TTY** 787-641-4061

*Se podrán inscribir un máximo de 20 equipos por cada categoría de edad y un máximo de 20 jugadores en la categoría de pensionados. En la categoría de hijos y nietos de socios, se podrán inscribir un máximo de 50 jugadores. **Los equipos femeninos y masculinos serán compuestos por 3 jugadores de la misma categoría. Los equipos de pensionados serán compuestos por 3 jugadores de cualquier edad. ***Un equipo en cada categoría de edad por agencia, corporación pública o municipio. ****No habrá premiación en metálico.

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EVENTO ESPECIAL
PARA HIJOS(AS) Y NIETOS(AS) DE SOCIOS
POR CATEGORÍAS DE EDAD**

AEELA 5K

JUSTAS

VOLEIBOL DE PLAYA

BOLOS

CLÍNICAS DE BALONCESTO

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL NIÑO(A)

APELLIDOS		NOMBRE			
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO O BUZÓN)					
PUEBLO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO *	SEXO	EDAD	TELÉFONO *
CORREO ELECTRÓNICO				TAMAÑO DE CAMISA	

II. AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE O ENCARGADO(A)

Yo, _____, padre/madre o encargado(a) (circular la que aplique) doy mi consentimiento para que el menor _____ asista y participe de las actividades a celebrarse en _____.

Nombre del Padre/Madre o Encargado(a) Firma del Padre/Madre o Encargado(a)

Teléfono Fecha

III. CERTIFICACIÓN DE EMPLEO DEL PADRE/MADRE O ABUELO(A)

Para ser llenada por la entidad gubernamental donde trabaja. Deberá ser llenada en todas sus partes. Use letra de molde.

Certifico que _____ es empleado(a) de esta entidad gubernamental.

Puesto que ocupa _____

Estatus del empleado(a) Regular Otro

Seguro Social del empleado(a) XXX - XX - _____

Cotiza al Fondo de Ahorro y Préstamos de la Asociación Sí No Padre/Madre Abuelo(a)

Fecha en que comenzó a cotizar _____

ENTIDAD GUBERNAMENTAL FIRMA DEL JEFE ENTIDAD GUBERNAMENTAL
O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA DE CERTIFICACIÓN NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

IV. RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, padre (), madre (), o abuelo(a) () de _____ de () años de edad, le autorizo a participar en el evento deportivo _____. Certifico que el menor participante tiene la capacidad y condición física requerida para participar en la actividad antes descrita y que no conozco de ninguna enfermedad, alergia, padecimiento físico o mental, o incapacidad que le impida participar en la misma. Me hago responsable por cualquier condición de salud previa o que surja durante el desarrollo del evento deportivo. Autorizo a los organizadores y auspiciadores del evento a realizar y utilizar grabaciones, videos, fotografías, sonido, sus originales o negativos, y cedo los derechos de reproducción y distribución de los mismos en cualquier medio publicitario sin necesidad de recibir compensación económica. Certifico que recibí las reglas y las normas relacionadas al evento y he explicado las mismas al menor participante. Así mismo, relevo totalmente y en la forma más absoluta que en derecho corresponda a la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (AEELA), Asamblea de Delegados, Comité Ejecutivo, sus directores, oficiales, empleados, auspiciadores, concesionarios y representantes de toda responsabilidad en cualquier reclamación o demanda en daños y perjuicios que se presente relacionada directa o indirectamente con la participación del o la menor participante en este evento deportivo. Por tal razón, asumo la total responsabilidad por daños y perjuicios del menor participante, por el mismo concepto de daños y perjuicios que pueda o podamos sufrir el (la) suscribiente o los miembros de su grupo familiar en el curso del evento deportivo mencionado.

Padre/Madre o Encargado(a) Fecha

V. EVENTOS (CATEGORÍAS)

AEELA 5K

8-10 años (200 Metros) 11-14 años (400 Metros) 15-17 años (600 Metros)

BOLOS

8-10 años 11-12 años 13-14 años 15-16 años 17 años

JUSTAS

8-10 años (200 Metros - Mixto) 11-14 años (400 Metros) 15-17 años (600 Metros)

VOLEIBOL DE PLAYA

9-10 años 11-12 años 13-14 años 15-17 años

CLÍNICAS DE BALONCESTO

7-8 años 9-12 años 13-15 años

VI. CERTIFICADO MÉDICO (OPCIONAL)

Certifico haber examinado a _____ quien se encuentra en condiciones físicas adecuadas para poder participar en las actividades deportivas y recreativas a celebrarse en _____.

FIRMA DEL MÉDICO

MD. NÚMERO DE LICENCIA

DIRECCIÓN

FECHA DEL EXAMEN

NOTA : En caso de omisión de información con relación al estado de salud del participante, el padre/madre o encargado(a) será responsable por cualquier situación que surja durante el desarrollo del evento deportivo.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PARA EVENTOS POR CATEGORÍAS DE EDAD

SOCIO ACTIVO

SOCIO PENSIONADO

AEELA 5K

BOLOS

JUSTAS

I. INFORMACIÓN PERSONAL						
APELLIDOS			NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-	
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO O BUZÓN)						
PUEBLO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	TELÉFONO (SOCIO)	
PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA			PARENTESCO		TELÉFONO	
ENTIDAD GUBERNAMENTAL					TELÉFONO	EXT.
CORREO ELECTRÓNICO					TAMAÑO DE CAMISA	
II. RELEVO DE RESPONSABILIDAD						
<p>Yo, _____, participante, hago constar y expreso que de forma libre y voluntaria, sin presión ni coacción de clase alguna, deseo participar en _____. Por la presente el aquí suscribiente, en mi representación y la de mis herederos, albaceas, agentes, administradores, familiares, tutores y terceros, relevo totalmente a AEELA, su Asamblea de Delegados y Comité Ejecutivo, auspiciadores, concesionarios y representantes, de cualquier daño, reclamación, perjuicio, acción, costo o gasto, incluyendo honorarios de abogados y desembolsos que sean consecuencia directa o indirecta de mi participación en _____ y de las actividades previas o posteriores relacionadas con este evento. Asumo los riesgos directos o incidentales que sobre mi salud física y emocional puedan provocar mi participación en el evento y declaro estar apto y en condición física para participar en el mismo. Aunque puedan estar disponibles mapas de rutas, áreas para descanso y oasis, yo seré responsable de mi salud y seguridad. Autorizo a los organizadores y auspiciadores del evento a realizar y utilizar grabaciones, videos, fotografías, sonidos, sus originales o negativos, y cedo los derechos de reproducción y distribución de los mismos en cualquier medio publicitario sin necesidad de recibir compensación alguna. De cuestionarse la validez de alguna de las disposiciones del presente relevo, el mismo no quedará sin efecto en su totalidad. Al firmar este documento entiendo y acepto todos los términos y las condiciones aquí dispuestas. Me responsabilizo en leer las normas y las reglas relacionadas al evento a participar, las cuales solicitaré al coordinador de deportes de la entidad gubernamental en la cual trabajo o a la Sección de Deportes de AEELA.</p>						
_____			_____			
Firma			Fecha			
III. EVENTOS JUSTAS ATLETISMO (Todo atleta puede realizar máximo 3 eventos y relevos)						
<input type="checkbox"/> FEMENINO			<input type="checkbox"/> MASCULINO			
<input type="checkbox"/> 18-29 años	<input type="checkbox"/> 40-44 años	<input type="checkbox"/> 55-59 años	<input type="checkbox"/> 70-74 años			
<input type="checkbox"/> 30-34 años	<input type="checkbox"/> 45-49 años	<input type="checkbox"/> 60-64 años	<input type="checkbox"/> 75-79 años			
<input type="checkbox"/> 35-39 años	<input type="checkbox"/> 50-54 años	<input type="checkbox"/> 65-69 años	<input type="checkbox"/> 80 años o más			
<input type="checkbox"/> 100 metros	<input type="checkbox"/> 5,000 metros	<input type="checkbox"/> 300 con vallas (m)	<input type="checkbox"/> salto largo	<input type="checkbox"/> lanzamiento bala		
<input type="checkbox"/> 200 metros	<input type="checkbox"/> 100 con vallas (f)	<input type="checkbox"/> 400 con vallas (m)	<input type="checkbox"/> salto con pértiga (m)	<input type="checkbox"/> caminata		
<input type="checkbox"/> 400 metros	<input type="checkbox"/> 80 con vallas (m)	<input type="checkbox"/> 4 x 100	<input type="checkbox"/> triple salto (m)			
<input type="checkbox"/> 800 metros	<input type="checkbox"/> 110 con vallas (m)	<input type="checkbox"/> 4 x 400	<input type="checkbox"/> lanzamiento disco			
<input type="checkbox"/> 1,500 metros	<input type="checkbox"/> 200 con vallas (m)	<input type="checkbox"/> salto alto	<input type="checkbox"/> lanzamiento de jabalina			
IV. EVENTO 5K						
<input type="checkbox"/> FEMENINO			<input type="checkbox"/> MASCULINO			
<input type="checkbox"/> 18-29 años	<input type="checkbox"/> 45-49 años	<input type="checkbox"/> 60-64 años	<input type="checkbox"/> CORREDOR			
<input type="checkbox"/> 30-39 años	<input type="checkbox"/> 50-54 años	<input type="checkbox"/> 65-69 años	<input type="checkbox"/> CAMINANTE			
<input type="checkbox"/> 40-44 años	<input type="checkbox"/> 55-59 años	<input type="checkbox"/> 70 años o más				
V. EVENTO TORNEO DE BOLOS						
<input type="checkbox"/> FEMENINO			<input type="checkbox"/> MASCULINO			
<input type="checkbox"/> 18-29 años	<input type="checkbox"/> 30-39 años	<input type="checkbox"/> 40-49 años	<input type="checkbox"/> 50 o más	<input type="checkbox"/> Pensionados	<input type="checkbox"/> "DREAM TEAM"	
<input type="checkbox"/> Mixto 18-29	<input type="checkbox"/> Mixto 30-39	<input type="checkbox"/> Mixto 40-49	<input type="checkbox"/> Mixto 50 o más	<input type="checkbox"/> Mixto Pensionados	(ambos sexos)	

VI. HISTORIAL MÉDICO (OPCIONAL)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DOLOR EN ARTICULACIONES | <input type="checkbox"/> PERÍODO DE DEPRESIÓN |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA SEVERO | <input type="checkbox"/> AMNESIA |
| <input type="checkbox"/> DOLOR EN EL CUELLO | <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA |
| <input type="checkbox"/> MAREOS | <input type="checkbox"/> CALAMBRES EN LAS PIERNAS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES EN LOS OJOS | <input type="checkbox"/> VENAS VARICOSAS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES EN LOS OÍDOS, SORDERA | <input type="checkbox"/> INDIGESTIÓN CRÓNICA ESTÓMAGO |
| <input type="checkbox"/> CATARROS SEVEROS FRECUENTES | <input type="checkbox"/> HÍGADO O INTESTINOS |
| <input type="checkbox"/> SINUSITIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS | <input type="checkbox"/> ICTERICIA (PIEL Y OJOS AMARILLOS) |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> TUMORES, QUISTES O CÁNCER |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> HERNIA |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LA TIROIDE | <input type="checkbox"/> APENDICITIS |
| <input type="checkbox"/> ATAQUES DE FALTA DE RESPIRACIÓN | <input type="checkbox"/> HEMORROIDES |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | <input type="checkbox"/> ARDOR O DIFICULTAD AL ORINAR |
| <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA | <input type="checkbox"/> PIEDRA EN EL RIÑÓN |
| <input type="checkbox"/> AZÚCAR O ALBÚMINA EN LA ORINA | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENÉREAS |
| <input type="checkbox"/> SÍFILIS | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES EN LOS PIES |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O DEFORMIDAD | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA |
| <input type="checkbox"/> PARÁLISIS O NEURITIS | <input type="checkbox"/> PREOCUPACIÓN EXCESIVA |
| <input type="checkbox"/> ATAQUES DE NERVIOS O PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO | <input type="checkbox"/> ALGUNA ENFERMEDAD DE LOS NERVIOS |
| <input type="checkbox"/> POSEE USTED ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA. EXPLIQUE _____ | |

ESPECIFIQUE EN EL ESPACIO SIGUIENTE OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO Y OPERACIONES SUFRIDAS:

PULSO REGULAR IRREGULAR

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: _____
MN. HG.: _____
DIASTÓLICA: _____

VII. CERTIFICACIÓN MÉDICA (opcional) PARA USO DEL MÉDICO EXAMINADOR EXCLUSIVAMENTE:

Certifico que he examinado a _____ y no he encontrado evidencia de enfermedades contagiosas o condición alguna que le impida participar en el _____ en donde realizará actividades o ejercicios que requieran esfuerzo físico:

Fuerte Moderado Ligero

FIRMA DEL MÉDICO

M D. NÚMERO DE LICENCIA

DIRECCIÓN

FECHA DEL EXAMEN

VIII. CERTIFICACIÓN DE EMPLEO (Use letra de molde)

Para ser llenada por la entidad gubernamental donde trabaja el solicitante. Deberá ser llenada en todas sus partes.

Certifico que _____ es empleado de _____.

Puesto que ocupa _____ Regular Otro

Cotiza al Fondo de Ahorro y Préstamos de la Asociación Sí No Seguro Social xxx - xx - _____

Fecha en que comenzó a cotizar _____

Certifico que el empleado, antes mencionado, fue autorizado por _____ para que participen el presente evento en representación oficial de la misma o en su carácter personal.

ENTIDAD GUBERNAMENTAL

FIRMA DEL JEFE ENTIDAD GUBERNAMENTAL
O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA DE CERTIFICACIÓN

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE