

TORNEO VOLEIBOL

MASCULINO Y FEMENINO
PARA SOCIOS

2019

¡JUEGA, PARTICIPA Y DISFRUTA!

 **sábado, 13 de abril de 2019**

Complejo Polideportivo
Pedro López Santos
de Guaynabo

9:00 a.m. en adelante

FECHA LÍMITE DE INSCRIPCIÓN

viernes, 5 de abril de 2019

Se premiará con trofeos y medallas a los primeros dos lugares en ambas categorías. Se premiará con medallas al tercer lugar en ambas categorías. Las inscripciones son gratis. No se aceptarán inscripciones luego de la fecha límite.

Para más información, llama al **787-641-2021**, exts. **1332** a la **1335**,
escribe a nuestro correo electrónico **deportes@aeela.com** o comunícate
con el Coordinador de Deportes de tu entidad gubernamental.


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

aeela

ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DEL ELA

www.aeela.com

Línea Libre de Cargos 1-888-660-6608

Línea para Personas Audioimpedidas  787-641-4061

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PARA EVENTOS SIN CATEGORÍAS DE EDAD

SOCIO ACTIVO

SOCIO PENSIONADO

BALONCESTO

BILLAR

DOMINÓ

SOFTBOL

VOLEIBOL

VOLEIBOL PLAYERO

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

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.

Firma

Fecha

III. 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

MD. NÚMERO DE LICENCIA

DIRECCIÓN

FECHA DEL EXAMEN

IV. 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

Fecha en que comenzó a cotizar _____ Seguro Social xxx - xx - _____

Certifico que el empleado, antes mencionado, fue autorizado por _____ para que participe en 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

V. 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 _____