

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

## PARA EVENTOS SIN CATEGORÍAS DE EDAD

 SOCIO ACTIVO

 SOCIO PENSIONADO

 AJEDREZ

 BALONCESTO

 BILLAR

 DOMINO

 TENIS DE CANCHA

 TENIS DE MESA

 SOFTBOL

 VOLEIBOL

 VOLEIBOL PLAYERO

### I. INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS		NOMBRE		NÚMERO SEGURO SOCIAL XXX-XX-	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)			NÚMERO O BUZÓN		
PUEBLO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	
PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA, (PARENTESCO)			TELÉFONO O CELULAR		
AGENCIA		TELÉFONO	EXT.		
CORREO ELECTRÓNICO					

### II. TENIS DE CANCHA

- A = Avanzado, jugador que está en un nivel competitivo de 4.0 en adelante.**
- B = Intermedio, jugador que está en un nivel competitivo de 3.0 a 3.5.**
- C = Principiante, jugador que está en un nivel competitivo de 2.0 a 2.5.**

### III. 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 la AE, su Junta de Directores, 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 condiciones aquí dispuestas. Certifico que recibí las reglas y las normas relacionadas al evento a participar.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### IV. CERTIFICACIÓN MÉDICA (opcional)

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

PARA USO DEL MÉDICO EXAMINADOR EXCLUSIVAMENTE:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

M.D. NÚM. LICENCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DEL EXAMEN \_\_\_\_\_

### V. CERTIFICACIÓN DE EMPLEO

Para ser llenada por la Unidad de Personal de la Agencia donde trabaja el solicitante. Deberá ser llenada en todas sus partes. Use letra de molde.

Certifico que \_\_\_\_\_ es empleado de esta unidad gubernamental.

Puesto que ocupa \_\_\_\_\_

 Regular

 Permanente

 Otro

Cotiza al Fondo de Ahorros y Préstamo de la Asociación  Sí  No

Fecha en que comenzó a cotizar \_\_\_\_\_ Seguro Social xxx - xx - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
UNIDAD GUBERNAMENTAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA-JEFE UNIDAD GUBERNAMENTAL O REPRESENTANTE  
AUTORIZADO CON FIRMA REGISTRADA EN LA ASOCIACIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA CERTIFICACIÓN

## VI. HISTORIAL MÉDICO

- |  |   |
|--|---|
| <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 SIGUIENTE ESPACIO OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO Y OPERACIONES SUFRIDAS:

PULSO  REGULAR  IRREGULAR

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:

MN. HG:

DIASTÓLICA:



EVENTO ESPECIAL PARA HIJOS Y NIETOS DE ASOCIADOS  
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PARA EVENTOS SIN CATEGORÍAS DE EDAD

AJEDREZ

TENIS DE MESA

**I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL NIÑO**

NOMBRE DEL MENOR		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO		TELÉFONO DEL TRABAJO	CELULAR	TELÉFONO RESIDENCIAL
DIRECCIÓN RESIDENCIAL				
DIRECCIÓN POSTAL				
EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE		TELÉFONO DEL TRABAJO	CELULAR	TELÉFONO RESIDENCIAL
RELACIÓN CON EL MENOR	DIRECCIÓN RESIDENCIAL			

**II. AUTORIZACIÓN DEL PADRE O ENCARGADO**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**III. CERTIFICACIÓN DE EMPLEO DEL SOCIO (PADRE O ABUELO)**

Para ser llenada por la Unidad de Personal de la Agencia donde trabaja el solicitante. Deberá ser llenada en todas sus partes. Use letra de molde.

**Certifico** que \_\_\_\_\_ es empleado de esta unidad gubernamental.

Puesto que ocupa \_\_\_\_\_ Cotiza al Fondo de Ahorro y Préstamos de la Asociación

Estatus del Empleado  Regular  Permanente  Otro  Sí  No

Seguro Social del empleado XXX - XX - \_\_\_\_\_ Fecha en que comenzó a cotizar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
UNIDAD GUBERNAMENTAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA-JEFE UNIDAD GUBERNAMENTAL O REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA CERTIFICACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

**IV. RELEVO DE RESPONSABILIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_ el suscribiente, certifico que mediante un examen previo por un médico autorizado a ejercer la medicina en Puerto Rico, me he asegurado que mi hijo (a) o encargado (a) está físicamente apto para participar en las actividades deportivas y recreativas a celebrarse durante el \_\_\_\_\_ Asociación (AE). 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 alguna. Certifico que recibí las reglas y las normas relacionadas al evento a participar.

\_\_\_\_\_  
PADRE O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

**V. CERTIFICADO MÉDICO (OPCIONAL)**

**Certifico** haber examinado a \_\_\_\_\_ quien se encuentra en condiciones físicas adecuadas para poder participar en el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE LICENCIA

**NOTA :** En caso de omisión de información con relación al estado de salud del participante, el padre será responsable por cualquier situación que surja durante el desarrollo del programa deportivo.