



# Registration Form

(Favor de llenar ambos lados.)



Participante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección/Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Reservation: \_\_\_\_\_ ¿El padre servir en el ejército?  Si  No

Sexo:  Masculino  Femenino Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre/Tutor o Guardian  
\_\_\_\_\_ Apellido Nombre

Teléfono Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

¿Cual es su relación o parentesco con el niño/a que está registrando?  
 Padre/Madre/Tutor  Familiar Directo  Otro Familiar  Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

Alergias o alertas médicos: \_\_\_\_\_

Tamaño del niño camisa:  Extra Pequeño 2/4  Pequeño 6/8  Medio 10/12  Grande 14/16  Extra Grande 18/20

La contestación de las preguntas a continuación es OPCIONAL y no tendrá efecto alguno en la participación del niño/a inscrito en este formulario en las Olimpiadas Especiales Arizona, Programa para Jóvenes Atletas (Special Olympics Arizona Young Athletes Program). Sus respuestas nos ayudaran a encontrar y proveer de los mismos servicios a otras familias. Sus respuestas también nos ayudaran a tener una mejor idea del nivel de funcionamiento de nuestro programa como así también para aplicar por beneficios y becas tanto gubernamentales como privadas.

Raza/Etnicidad:  Indígena Americana (Amerindio) o Nativo de Alaska  Afroamericano  
 Latino/Hispano  Caucásico  Hawaiano/Isleño del Pacifico

Tipo de Aseguransa:  Privada  Publica  Sin Aseguransa

Nombre de Compañia de Aseguransa: \_\_\_\_\_

Diagnosis Clínica del niño/a:  Autismo  Síndrome de Down  Retraso del Desarrollo  Discapacidad Intelectual  
 Nada (Modelo de pares o Campeno Estudiantil)  Otra: \_\_\_\_\_

Formas de comunicacion utilizadas por el niño/a:  
 Habla  Lenguaje de Señas  Intercambio de Imágenes  Gestos

Lengua Primaria del niño/a \_\_\_\_\_

Yo declaro ser el padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_ (nombre del participante), quien es menor de edad y por quien he presentado esta aplicación para su participación en las Olimpiadas Especiales Arizona, Programa de Jóvenes Atletas (Special Olympics Arizona Young Athletes Program.) Por la presente también autorizo a mi hijo/hija/tutelado a participar en las actividades del Programa de Jóvenes Atletas de Olimpiadas Especiales Arizona (Special Olympics Arizona Young Athletes Program.)

Al yo permitir que el participante tome parte de estas actividades también doy mi permiso expreso, tanto ahora como así también en el futuro, a Olimpiadas Especiales Arizona (Special Olympics Arizona) para que use la imagen, nombre, voz y palabras del participante ya sea en televisión, radio, filme, periódicos, revistas o cualquier otro medio de comunicación y en cualquier forma que sea utilizada, con el propósito de promocionar o comunicar los propósitos y actividades de Special Olympics Arizona y/o para la obtención de fondos para el financiamiento de dichos propósitos y actividades.

Si durante la participación del menor anteriormente mencionado en las actividades de las Olimpiadas Especiales (Special Olympics) este necesitara tratamiento médico de emergencia, y yo no pudiera dar mi consentimiento, por cualquier motivo, yo autorizo a Olimpiadas Especiales (Special Olympics) a tomar todas las medidas que sean necesarias para proteger el bienestar y salud del participante, incluyendo si fuera necesario la hospitalización del participante.

Yo soy el padre/madre/tutor del niño/a mencionado/a en esta aplicación. Yo declaro que he leído y que entiendo completamente todas las previsiones legales contenidas en este documento. Por medio de mi firma en este documento, declaro que estoy de pleno acuerdo con las previsiones legales aquí expuestas, y firmo por parte del niño/a participante cuyo nombre figura en la parte superior de este documento.

Por la presente doy mi permiso para que el niño/participante anteriormente mencionado pueda participar en todas las actividades físicas del Programa de Jóvenes Atletas de Olimpiadas Especiales Arizona (Special Olympics Arizona Young Athletes.)

**ATENCIÓN: Por razones legales, el mismo texto que usted acaba de leer se encuentra también en inglés. Por favor vuelva a escribir el nombre de su niño/a sobre la línea debajo y luego firme al pie de este documento donde se le solicita su firma.**

I am the parent/guardian of \_\_\_\_\_ (participant's name), the minor child, on whose behalf I have submitted the application for participation in Special Olympics Arizona Young Athletes Program. I hereby represent that he/she has my permission to participate in Special Olympics Arizona Young Athletes activities.

In permitting the participant to participate, I am specifically granting my permission, (both during and anytime after), to Special Olympics Arizona to use the Participant's likeness, name, voice and words in television, radio, film, newspapers, magazines and other media, and in any form, for the purpose of advertising or communicating the purposes and activities of Special Olympics Arizona and/or applying for funds to support these purposes and activities.

If a medical emergency should arise during participation in any Special Olympics Young Athletes activities, at a time when I am not personally present so as to be consulted regarding his/her care, I hereby authorize Special Olympics, on my behalf, to take whatever measures are necessary to ensure that he/she is provided with any emergency medical treatment, including hospitalization, which Special Olympics Arizona deems advisable in order to protect his/her health and well-being.

I am the parent/guardian of the child named in this application. I have read and fully understand the provisions of the above release. Through my signature on this release form, I am agreeing to the above provisions on behalf of the child/participant named above.

I hereby give my permission for child/participant named above to participate in Special Olympics Arizona Young Athletes physical activity

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre o Madre o Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**ESTE DOCUMENTO TIENE UN AÑO DE VALIDEZ**

Para ser completado por el maestro o Olimpiadas Especiales Arizona (Special Olympics Arizona)

Delegation Name:	_____
Delegation #:	_____
School:	_____
Teacher:	_____

