



2241 Galaxy Court ♦ Concord, CA 94520 ♦ Tel 925-671-7070 ♦ Fax 925-685-0582

Excellencia de Academicos ♦ Boxeo ♦ Cheerleading ♦ Baille ♦ Gimnasia ♦ Judo ♦ Gimnasia Ritmico
Levantamiento de Pesas ♦ Tae Kwon Do ♦ Lucha

Nombre: _____ Fecha: _____

Liberación

Liberación de responsabilidad

- A. El abajo firmante reconoce que el uso del equipo y las instalaciones del Pequeño Club "C" Atlético d.b.a. El Centro de Juventud de Comunidad (CYC) implica un riesgo de daño físico incluso esto causado por la negligencia de él o ella o CYC, sus agentes, y empleados. El abajo firmante por este medio acuerda a asumir este riesgo de la herida en su totalidad sin tener en cuenta la causa.
- B. El abajo firmante por este medio voluntariamente y siempre libera, descarga, renuncia y abandona alguno y todas las acciones, causa a fo la acción, o reclama para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta que ocurre a él o ella, contra CYC, sus agentes y empleados que provienen de su uso de las instalaciones. El abajo firmante adelante abandona cualquier acción, las causas de la acción, o reclamaciones que pueden levantarse a continuación, y convienen que de ninguna manera van a él o ella presenta cualquier reclamación para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta contra CYC, sus agentes, empleados, levantándose hacia fuera su uso de las instalaciones.
- C. El abajo firmante por este medio voluntariamente y siempre libera, descarga, renuncia y abandona alguno y todas las acciones, causa a fo la acción, o reclama para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta que ocurre a él o ella, contra CYC, sus agentes y empleados que provienen de su uso de las instalaciones. El abajo firmante adelante abandona cualquier acción, las causas de la acción, o reclamaciones que pueden levantarse a continuación, y convienen que de ninguna manera van a él o ella presenta cualquier reclamación para herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta contra CYC, sus agentes, empleados, levantándose hacia fuera su uso de las instalaciones.
- D. Esto es la intención del abajo firmante, por este instrumento, eximir y aliviar CYC, sus agentes y empleados de la responsabilidad de herida personal, daño a la propiedad o muerte injusta causada por su negligencia.

Fecha: _____ Firma: _____

CYC empleado: _____

Liberacion de Padre/Menor

Yo, _____ soy el padre/madre o tutor de _____ y ejecuto esta liberacion por su medio.

Fecha: _____ Firma de Padres: _____

Telefono de Dia (__) _____

De donde voistes de nosotros?	Periodico <input type="checkbox"/>	Pagina de Electronico <input type="checkbox"/>	Referencia <input type="checkbox"/>	Anuncio <input type="checkbox"/>	Evento Especial <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------------	--	-------------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------

* Opcional*	Americano <input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/>	American Indian & Alaska Native <input type="checkbox"/>	Asian <input type="checkbox"/>
	Latino <input type="checkbox"/>	Black – African American <input type="checkbox"/>	Dos raices o mas <input type="checkbox"/>	Otro raices <input type="checkbox"/>



2241 Galaxy Court ♦ Concord, CA 94520 ♦ Tel 925-671-7070 ♦ Fax 925-685-0582

Hoja de información y liberación médica

Ultimo	Primero	Iniciales
--------	---------	-----------

Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-----------	--------	--------	---------------

Telefono	Fecha De Nacimiento	Escuela
----------	---------------------	---------

La Informacion del Contacto de la emergencia:

1. _____

Nombre	La Relacion	Direccion
--------	-------------	-----------

Telefono de Dia	Telefono de Noche	Telefono de Celular
-----------------	-------------------	---------------------

2. _____

Nombre	La Relacion	Direccion
--------	-------------	-----------

3. _____

Telefono de Dia	Telefono de Noche	Telefono de Celular
-----------------	-------------------	---------------------

El Medico de Estudiantes:

El nombre de doctor	Direccion	Telefono
---------------------	-----------	----------

El Seguro:

La compania	El Numero de la Poliza de seguros	Telefono
-------------	-----------------------------------	----------

A Quien corresponda:

Este debe certificar que yo, el padre o el guarda de _____, que es un miembro del Centro de Juventud de Comunidad, por este medio conceden el permiso al gerente adulto, coche, o personal de CYC obtener la asistencia médica de cualquier médico autorizado, hospital, o clínica médica para el jugador llamado aquí en tales tiempos como el guarda paternal o legal no puede ser puesto en contacto en la persona o por teléfono. Esta autorización incluirá todas las actividades CYC, incluso el período requerido para viajar a y de aquellas actividades; y hago herby renuncian, liberan, exoneran, indemnizan y acuerdan a sostener inocuo el Centro de Juventud de Comunidad, sus organizadores, supervisores, participantes, y personas que transportan al estudiante a un de aquellas actividades, y de cualquier reclamación que proviene de una herida al estudiante.

Firmado: _____ La Fecha: _____ la Relacion?: _____