



HOJA DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Programa: _____

Nombre del Equipo: _____

Entrenador: _____ Teléfono: _____

☐ Nivel 1 ☐ Nivel 2 ☐ Nivel 3 ☐ Nivel 4 Senior ☐ Nivel 7

☐ Elemental ☐ Intermedia ☐ Superior ☐ Universitario

☐ Hip Hop ☐ Poms ☐ Exhibición ☐ Otro: _____

	NOMBRE DE ATLETA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			



14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Firma Director de Programa: _____

Firma Entrenador del Equipo: _____



Fecha de Competencia: 9 de junio de 2024

RELEVO MEDICO (MAYOR DE EDAD)

Nombre del Programa: _____

Nombre del Equipo: _____

Yo _____ mayor de edad (21) y participante del Evento: **COMPETENCIA DE PORRISMO – JUEGOS DE PUERTO RICO** estoy consciente que el deporte de Porrismo, como cualquier otro deporte es uno donde los participantes se exponen al riesgo de lastimaduras y/o enfermedades, por lo que relevo de toda responsabilidad a la producción de este Evento por cualquier situación que surja a consecuencias de la participación en el mismo.

Autorizo al personal de la producción a tomar las medidas pertinentes para facilitar el procedimiento de asistencia médica que podrá incluir diagnóstico, tratamiento y/o traslado del participante por el personal médico y/o emergencias médicas que se encontrara en las facilidades.

¿El participante padece de alguna enfermedad o condición física?

☐

Si

☐

No

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Alérgico a: _____

Persona en caso de Emergencia: _____

Teléfono: _____

Firma Participante mayor de edad: _____

Fecha: _____



Fecha de Competencia: 9 de junio de 2024

RELEVO MEDICO (MENORES DE EDAD)

Nombre del Programa: _____

Nombre del Equipo: _____

Yo _____ (padre, madre o tutor encargado)
de _____ participante del Evento:

COMPETENCIA DE PORRISMO – JUEGOS DE PUERTO RICO estoy consciente que el deporte de Porrismo, como cualquier otro deporte es uno donde los participantes se exponen al riesgo de lastimaduras y/o enfermedades, por lo que relevo de toda responsabilidad a la producción de este Evento por cualquier situación que surja a consecuencias de la participación en el mismo.

Autorizo al personal de la producción a tomar las medidas pertinentes para facilitar el procedimiento de asistencia médica que podrá incluir diagnóstico, tratamiento y/o traslado del participante por el personal médico y/o emergencias médicas que se encontrara en las facilidades.

¿El participante padece de alguna enfermedad o condición física?

☐

Si

☐

No

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Alérgico a: _____

Firma Padre, Madre o Tutor Encargado: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____



FOTOS DE IDENTIFICACIÓN

FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2
FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2
FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2



FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2
FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2
FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2	FOTO 2X2