



NW ASSOCIATION
FOR
BLIND
ATHLETES

PRESENTA

MEDICAL LAKE

EXPERIENCIA PARALÍMPICA

Porque: Para proveer a jóvenes de edades K-12th quienes son ciegos o tienen algún impedimento visual la oportunidad de aprender los fundamentos básicos Judo y Goalball.

Quien: Abierto a jóvenes de edades de grado K-12th.

Donde: Medical Lake High School
200 E. Barker Medical Lake, WA 99022

Cuando: Viernes, 16 de Marzo, 2018.

Hora: 9:00am Chequeo
9:30 -2:00pm

**Para registrarse, por favor llame o envíe un email a Krista Pomeroy
1-360-984-5627 o 1-800-880-9837
kpomeroy@nwaba.org**

**Registración debe de ser recibida antes del Lunes,
12 de Marzo, 2018. Formas adicionales están
disponibles en <http://www.nwaba.org>**



**NW ASSOCIATION
FOR
BLIND
ATHLETES**

& Washington Department Services for the Blind
Orgullosamente Presenta

Por favor envíe forma completa a:
Northwest Association for Blind Athletes
PO Box 65265
Vancouver, WA 98665-0009

Registración de Atleta (Medical Lake)

Forma de Registración de Atletas

Nombre (s):	Apellido (s):		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()	Teléfono Celular: ()	Género: N/A <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Femenin <input type="checkbox"/>		
Información de Padre o Guardián:				
Nombre (s):	Apellido (s):	Email:		
Contacto de Emergencia 1:				
Nombre (s):	Apellidos (s)	Relación:		
Teléfono Primario: ()	Teléfono Secundario: ()	Email:		
Contacto de Emergencia 2:				
Nombre (s):	Apellidos (s)	Relación:		
Teléfono Primario: ()	Teléfono Secundario: ()	Email:		

Por favor marque una de las siguientes opciones:

- Visión: ___ B1 - Completamente ciego
 ___ B2 - Mejor visión corregida es 20/600 y más
 ___ B3 - Mejor visión corregida es 20/200 - 20/599
 ___ B4 - Mejor visión corregida es 20/70 - 20/199

Descripción de Impedimento Visual

Discapacidades Adicionales y/o Condiciones Medicas

Por favor envíe la aplicación de membresía completa a:

Northwest Association for Blind Athletes | PO BOX 65265 | Vancouver, WA 98665-0009
 360-448-7254 | www.nwaba.org | bhenry@nwaba.org

Por favor mencione cualquier Alergia (Comida y/o Ambiental):

Exención: (Por favor leer cuidadosamente)

Al firmar este formulario de registración para atletas, el participante afirma haber entendido todos los términos y condiciones. En consideración de mi involucramiento bajo los auspicios de Northwest Association for Blind Athletes (NWABA) y Washington Department Services for the Blind (WA DSB) a sitios de entrenamiento y competición, yo reconozco y acuerdo a lo siguiente: 1. Yo arriesgo daño corporal, incluyendo parálisis, desmembramiento, y muerte, así como pérdida o daño de propiedad; 2. Sabiendo esto, yo asumo estos riesgos libremente; 3. Por la presente, yo autorizo y doy mi consentimiento total a NWABA y WA DSB para mantener derecho de autor y/o publicar cualquiera y toda fotografía, cintas de video, y/o película en la cual yo aparezca mientras atendía cualquier evento de NWABA y WA DSB. Yo además acuerdo que Northwest Association for Blind Athletes (NWABA) y Washington Department Services for the Blind (WA DSB) pueden transferir, usar o causar el uso de estas fotografías, cintas de video, o películas para cualquier exhibición, demostración pública, comerciales, arte, y propósito de publicidad y programas de televisión sin limitaciones o reservaciones; y 4. Yo, por parte propia y en nombre de mis herederos, cesionarios y familiares cercanos, por la presente absolvo, mantengo indemne, y prometo no demandar a Northwest Association for Blind Athletes (NWABA) y Washington Department Services for the Blind (WA DSB), sus oficinas, oficiales, voluntarios, agentes y/o empleados, con respecto cualquier herida, parálisis, desmembramiento, muerte, y/o pérdida o daño a propiedad, con la excepción de aquello que sea resultado de grave negligencia y/o mala conducta sin sentido.

Para atletas menores de edad - (menor de 18 años al momento de registrarse), esto es para certificar que yo, como padre/guardián de este participante, consiento a la absolucón de Northwest Association for Blind Athletes (NWABA) y Washington Department Services for the Blind (WA DSB) por cualquier y todo compromiso incidente a su participación en los programas que se llevan a cabo en los sitios autorizados de entrenamiento y competición.

Firma

Fecha

Información adicional para el Washington Department Services for the Blind para contactar estudiantes y familiar con respecto a oportunidades adicionales.

Nombre Completo del Campista: _____

Nombre de Padre o Guardian: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal): _____

Email de Padre o Guardián: _____

Fecha de Nacimiento de Campista: _____ Etnicidad: _____

SSN de atleta: (Si el atleta no tiene seguro social, escriba N/A): _____ - _____ - _____

¿Tiene el campista un IEP o Pan 504 e su escuela? (Marque Uno) SI NO

Grado Escolar en Otoño, 2018: _____

Por favor envíe la aplicación de membresía completa a:

Northwest Association for Blind Athletes | PO BOX 65265 | Vancouver, WA 98665-0009
360-448-7254 | www.nwaba.org | bhenry@nwaba.org