



*PRESENTE*

# **EXPERIENCIA PARALÍMPICO MT. VERNON, WASHINGTON**

**Why:** Para dar estudiantes un oportunidad de aprender los fundamentos basicos y habilidades para participar en goalball y ciclismo en tándem

**Who:** Abierto a todos los Kinder-12 con ciego o discapacidad visual estudiantes. Profesoras e las personas discapacidad visual y otros miembros de la familia son bienvenidos. Se necesitan padres o profesoras a supervisar estudiantes durante todo el evento.

**Where:** Washington Elementary School  
1020 McLean Rd.  
Mt. Vernon, WA 98273

**When:** Domingo , 22 de Abril, 2018

**Time:** 12:00pm -3:30pm  
\*ALMUERZO PREVISTO\*

**Formas de Inscripción se reciben hasta el Miércoles, 18 de Abril, 2018.**  
**Formas adicionales están disponibles en <http://www.nwaba.org>**

**Northwest Association for Blind Athletes  
PO BOX 65265**

**Vancouver, WA 98665-0009  
360-984-5627  
[kpomeroy@nwaba.org](mailto:kpomeroy@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 (Mt. Vernon)

### 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"/>		
<b>Información de Padre o Guardián:</b>				
Nombre (s):	Apellido (s):	Email:		
<b>Contacto de Emergencia 1:</b>				
Nombre (s):	Apellidos (s)	Relación:		
Teléfono Primario: ( )	Teléfono Secundario: ( )	Email:		
<b>Contacto de Emergencia 2:</b>				
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](http://www.nwaba.org) | [kpomeroy@nwaba.org](mailto:kpomeroy@nwaba.org)

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

---

**Exención: (Por favor leer cuidadosamente)**

Al firmar este formulario de registraci3n para atletas, el participante afirma haber entendido todos los t6rminos y condiciones. En consideraci3n 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 competici3n, yo reconozco y acuerdo a lo siguiente: 1. Yo arriesgo da1o corporal, incluyendo par3lisis, desmembramiento, y muerte, as3 como p6rdida o da1o 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 fotograf3a, cintas de video, y/o pel3cula en la cual yo aparezca mientras atend3a cualquier evento de NWABA y WA DSB. Yo adem3s 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 fotograf3as, cintas de video, o pel3culas para cualquier exhibici3n, demostraci3n p6blica, comerciales, arte, y prop3sito de publicidad y programas de televisi3n 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, par3lisis, desmembramiento, muerte, y/o p6rdida o da1o a propiedad, con la excepci3n de aquello que sea resultado de grave negligencia y/o mala conducta sin sentido.

**Para atletas menores de edad - (menor de 18 a1os al momento de registrarse), esto es para certificar que yo, como padre/guardi3n de este participante, consiento a la absoluci3n de Northwest Association for Blind Athletes (NWABA) y Washington Department Services for the Blind (WA DSB) por cualquier y todo compromiso incidente a su participaci3n en los programas que se llevan a cabo en los sitios autorizados de entrenamiento y competici3n.**

-----

---

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Informaci3n 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: \_\_\_\_\_

Direcci3n (Calle, Ciudad, Estado, C3digo postal): \_\_\_\_\_

Email de Padre o Guardi3n: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Campista: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

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

**Por favor env3e la aplicaci3n de membres3a completa a:**

Northwest Association for Blind Athletes | PO BOX 65265 | Vancouver, WA 98665-0009  
360-448-7254 | [www.nwaba.org](http://www.nwaba.org) | [kpomeroy@nwaba.org](mailto:kpomeroy@nwaba.org)

¿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](http://www.nwaba.org) | [kpomeroy@nwaba.org](mailto:kpomeroy@nwaba.org)