



**PRESENTE:**

# **EXPERIENCIA PARALÍMPICO BURLINGTON, WA**

**Por Qué:** Para dar estudiantes un oportunidad de aprender los fundamentos basicos y habilidades para participar ed bicicleta tandem y juegos cooperativos y broomball.

**Quien:** 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.

**Dónde:** Dike District Playfields  
1510 East Whitmarsh Road  
Burlington, WA 98233

**Cuando:** Jueves, 26 de Agosto, 2021

**Horario:** 8:00 am – 4:00 pm

**\*ALMUERZO PREVISTO\***

**Formas de Inscripción se reciben hasta el lunes, 23 de agosto, 2021.**

**Para registrarse, por favor llame o envíe un correo electrónico**

**Tara Rogowsky: (360) 787-7335**

**[trogowsky@nwaba.org](mailto:trogowsky@nwaba.org)**

**[www.nwaba.org](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

# Inscripción de Atleta

## Burlington, WA

### 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 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 t3rminos 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 p3rdida 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 p3blica, 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 p3rdida 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 Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Guardian: \_\_\_\_\_

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

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

Fecha de Nacimiento de Estudiante: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Nombre de Distrito y Escuela: \_\_\_\_\_

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

Grado Escolar en Primavera, 2021: \_\_\_\_\_

La misi3n de Northwest Association for Blind Athletes es proveer oportunidades que cambien la vida a trav3s de deportes y actividad f3sica a personas ciegas y con discapacidad visual