



www.tigrespr.com

TIGRES DE PARQUE CENTRAL • P.O. Box 22388 • San Juan • PR • 00931-2388

HOJA Inscripción Clínicas y CERTIFICADO MEDICO

INFORMACIÓN DEL (LA) JUGADOR(A)

Nombre		Fecha Inscripción	
Fecha de Nacimiento		Lugar Nacimiento	
Escuela a la que Asiste		Tamaño T-Shirt	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

	PADRE	MADRE
Nombre		
E-mail		
Dirección		
Lugar de Trabajo		
Teléfono Trabajo		
Celular		
Otra Persona Contacto (EMERGENCIA)	<u>NOMBRE Y RELACIÓN:</u>	<u>TELÉFONO(S)</u>

Firma del Padre/Madre/Encargado

Firma del (la) Jugador (a)

Fecha

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Por la presente certifico que he examinado a _____ y lo(la) he encontrado físicamente capacitado par jugar este deporte, sin restricciones.

COMENTARIOS: _____

NOMBRE DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

NÚM. LICENCIA

FECHA