



All-Out League

¡Deportistas no reconocen a las pandillas!

Nombre _____ Edad _____ Varón/Hembra

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

1) Califica tus habilidades en el fútbol:

No muy buenas: _____ Normales: _____ Muy buenas: _____

2) Califica tus habilidades en el basketball:

No muy buenas: _____ Normales: _____ Muy buenas: _____

3) Califica tus habilidades deportivas en general:

No muy buenas: _____ Normales: _____ Muy buenas: _____

4) ¿A cuales de las siguientes pandillas perteneces o has pertenecido?

ESL	_____	Sureños	_____
PBG	_____	STP	_____
Westsidiers	_____	BTS	_____
Norteños	_____	OMC, GTO, San Juan	_____
Otra pandilla (escribe el nombre aquí) _____			

5) ¿En cuál de las siguientes pandillas tienes más amigos?

ESL	_____	Sureños	_____
PBG	_____	STP	_____
Westsidiers	_____	BTS	_____
Norteños	_____	OMC, GTO, San Juan	_____
Otra pandilla (escribe el nombre aquí) _____			

6) Origen étnico (marca uno)

___ Afro-Americano/Negro	___ Asiático/De las islas pacíficas	
___ Mestizo/De origen mixto	___ Blanco	
___ Latino/Hispano	___ Nativo-Americano/Indígena	___ Otro

7) ¿Cuál es tu mejor idioma?

_____ Inglés _____ Español _____ Otro

8) ¿Cómo te enteraste del All-Out League? _____

All-Out Oath

¡Deportistas no reconocen a las pandillas!

- Yo entiendo que no puedo escoger a los jugadores que jugarán en mi equipo.
- Jugaré con cualquier compañero de equipo que me toque.
Aunque yo haya peleado con esta persona en el pasado.
Aunque esta persona pertenezca a una pandilla que me caye mal.
Aunque esta persona no sea buen deportista.
- Jugaré durante la temporada entera, aunque mi equipo pierda cada partido.
- Jugaré hasta el último minuto de cada partido, aunque mi equipo no tenga ninguna posibilidad de ganar.
- Cumpliré con las reglas y expectativas del All-Out League.
- Yo entiendo que si no llego a las 3:30 en punto, no podré jugar aquel día.
- Devolveré mi camiseta AOL al fin de la temporada. Si se me pierde la camiseta, pagaré \$20 por ella.

FIRMA DEL JOVEN

x _____ Fecha _____



Children and Youth Resources
 1050 Lashley Street, Longmont, CO 80501
 Teléfono: (303) 651-8580



All-Out League

Deportistas no reconocen las pandillas!

Aplicación para la liga de deportes "All-Out League"

Información sobre el Joven (Letra de molde por favor)

Primer Nombre: <input type="text"/>	Segundo Nombre: <input type="text"/>	Apellidos: <input type="text"/>
Nombre de la persona(s) con quien el joven vive: <input type="text"/>	Número de teléfono de domicilio: <input type="text"/>	Nombre del Contacto de Emergencia: <input type="text"/>
Domicilio: <input type="text"/>		Número de Emergencia y Extensión: <input type="text"/>
Ciudad: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	Código Postal: <input type="text"/>
		Dirección de correo electrónico: <input type="text"/>

Demográfico del joven:

Género:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nobre de la escuela:

Grado/Año escolar:

¿Con quién vive su hijo/a? (Marque uno):

Ambos padres

Sólo la madre

Sólo el padre

Padres adoptivos

Abuela o Abuelo

Abuelos

Guardianes

Padrastro

Tío o Tía

Madrastra

Otros _____

Información sobre los Padres/Guardianes

Nombre del Padre: <input type="text"/>	Apellido(s) del Padre: <input type="text"/>	Número de teléfono del empleo: <input type="text"/>
Empleador del Padre: <input type="text"/>	Ocupación del Padre: <input type="text"/>	
Nombre de la Madre: <input type="text"/>	Apellido(s) de la Madre: <input type="text"/>	Número de teléfono del empleo: <input type="text"/>
Empleador de la Madre: <input type="text"/>	Ocupación de la Madre: <input type="text"/>	
Nombre del Guardian: <input type="text"/>	Apellido(s) del Guardian: <input type="text"/>	Teléfono del empleo: <input type="text"/>
Empleador del Guardian: <input type="text"/>	Ocupación del Guardian: <input type="text"/>	

Información Médica y de Emergencia

Problemas médicos o alergias (Letra de molde) <input type="text"/>	Enumere medicamentos que su hijo(a) esta tomando: <input type="text"/>	
Nombre del Médico: <input type="text"/>	Teléfono del Médico: <input type="text"/>	Sabe nadar su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Compañía Aseguradora: <input type="text"/>	Número de Poliza de Seguros: <input type="text"/>	

Nombre de las persona autorizadas para recoger a su hijo(a)

Nombre de dos personas que estan autorizados para recoger al miembro:	
1.) Primer Nombre: <input type="text"/>	Apellido(s): <input type="text"/>
2.) Primer Nombre: <input type="text"/>	Apellido(s): <input type="text"/>
Personas No Aprobada(s): <input type="text"/>	<input type="text"/>

* Deportistas de la liga "All-Out" se reunirán dos veces a la semana con adultos en el Centro de Jóvenes. Ellos caminarán en grupo al YMCA, 950 Lashley St. (303-776-0370). Después de jugar, todos los deportistas volverán a pie al Centro de Jóvenes.

AUTORIZACION, DECLARACION Y LIBERACION PARA QUE MI HIJO(A) PUEDA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES PATROCINADOS POR LA CIUDAD DE LONGMONT

Yo entiendo que existen ciertos riesgos asociados con la participación en las actividades de la Ciudad de Longmont mencionadas arriba. En nombre de mi hijo(a) menor identificado arriba. Yo por este medio libero de todo responsabilidad a la Ciudad de Longmont, sus funcionarios, agentes, voluntarios, asistentes y empleados de cualquier demanda o accion de cualquier tipo originada debido al daño físico, enfermedad, muerte o daño a la propiedad a causa de un accidente el cual puede ocurrir a mi hijo(a) menor durante la participación en las actividades patrocinadas por la Ciudad. Esta declaración y liberación de responsabilidad no aplica si dicho accidente, muerte o daño es causado deliberadamente por la imprudencia y negligencia de la Ciudad de Longmont, sus funcionarios, agentes, voluntarios, asistentes y empleados.

Firma del padre o guardian: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA:

Yo como padre o guardian doy permiso a la Ciudad de Longmont, al personal y voluntarios para obtener tratamiento médico de emergencia para mi hijo(a) o sobre el hijo(a) que yo tengo custodia legal, cada uno de ellos quienes están en la lista de abajo. Yo entiendo que tratarán de contactarme varias veces antes de que mi hijo(a) tenga asistencia médica. Si el personal o voluntarios de la Ciudad de Longmont no pueden localizarme yo doy la autorización para que mi hijo(a) tenga asistencia médica. La Ciudad de Longmont puede contactar el siguiente Hospital o la Clínica para tratamiento o otros lugares si el Hospital o la Clínica que están en la lista de abajo no están disponibles.

Nombre del Médico o Hospital

Nombre del Médico o Hospital	
Dirección	Teléfono del Hospital

PERMISO PARA FOTOGRAFIAS:

Para la promoción efectiva de los programas y actividades patrocinados por la Ciudad de Longmont, necesitamos el permiso de los padres para fotografiar a sus hijo(a). Yo le doy permiso a la Ciudad de Longmont para que tome y use las fotografías de mi hijo(a) para promocionar los programas y actividades realizados por la ciudad. Esto incluye permisos para publicar las fotografías de mi hijo(a) para dicho propósito. Yo entiendo que las fotografías tomadas de mi hijo(a) son propiedad de la Ciudad de Longmont y pueden ser usadas a la discreción de la ciudad.

Firma del padre o guardian: _____ **Fecha:** _____

Entreguen sus requisitos a un representante del "All-Out League" o a Ben Ready en el Longmont Youth Center, 1050 Lashley, Longmont. Llame a 303-774-3755 con preguntas.