



Banneker City

Little League. Baseball and Softball

Medical Release/Registration Form

Banneker Ciudad Little League® Béisbol y Softbol Revelación Médica

NOTE: To be carried by any Regular Season or Tournament

Team Manager together with team roster or International Tournament affidavit.

NOTA: A llevarse a cabo por cualquier Temporada Regular o Dirigente del Equipo del Torneo junto con el roster del equipo o declaración jurada de elegibilidad.



Player: _____ Date of Birth: _____ Gender (M/F): _____
Jugador Fecha de Nacimiento Sexo

Parent (s)/Guardian Name: _____ Relationship: _____
Nombre del Padre/Tutor Relación con el Jugador

Parent (s)/Guardian Name: _____ Relationship: _____
Nombre del Padre/Tutor Relación con el Jugador

Player's Address: _____ City: _____ State/Country: _____ Zip: _____
Domicilio de Jugador Ciudad Estado Código

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ E-Mail: _____
Número de casa Número de móvil Correo electrónico

PARENT OR GUARDIAN AUTHORIZATION: Autorización del Padre o Tutor:

In case of emergency, if family physician cannot be reached, I hereby authorize my child to be treated by Certified Emergency Personnel. (i.e. EMT, First Responder, E.R. Physician)

En caso de emergencia, si no se puede llegar al médico familiar, Yo, por la presente autorizo que mi hijo sea tratado por el Personal de Emergencia Certificado. (es decir, TME, Primeros Auxilios, Médico de Emergencia)

Family Physician: _____ Phone: _____
Médico Familiar Teléfono

Address: _____ City: _____ State/Country: _____
Dirección Ciudad Estado

Hospital Preference: _____
Hospital de Preferencia

Parent Insurance Co: _____ Policy No.: _____ Group ID#: _____
Compañía de seguros paternal Número de póliza Número id de grupo

League Insurance Co: _____ Policy No.: _____ League/Group ID#: _____
Compañía de seguros Liga Número de póliza Número id de grupo/Liga

If parent(s)/guardian cannot be reached in case of emergency, contact: En caso de emergencia contactar a:

Name _____ Phone _____ Relationship to Player _____
Nombre Teléfono Relación con el Jugador

Name _____ Phone _____ Relationship to Player _____
Nombre Teléfono Relación con el Jugador

Por favor liste cualquier alergia/problema médico, incluyendo aquellos que requieran medicamentos permanentes. (es decir, Diabético, Asma, Trastorno de Convulsión)

Please list any allergies/medical problems, including those requiring maintenance medication. (i.e. Diabetic, Asthma, Seizure Disorder)

Medical Diagnosis	Medication	Dosage	Frequency of Dosage

Date of last Tetanus Toxoid Booster: _____
Fecha de la última dosis de refuerzo de toxina del tétano

The purpose of the above listed information is to ensure that medical personnel have details of any medical problem which may interfere with or alter treatment.
El propósito de la información listada arriba es asegurar que el personal médico tenga detalles de cualquier problema médico el cual pueda interferir con o alterar el tratamiento.

Mr./Mrs./Ms. _____ Date: _____
Sr./Sra./Srta. Fecha

Authorized Parent/Guardian Signature

Firma del Padre/Tutor Autorizado

FOR LEAGUE USE ONLY:

League Name: _____ League ID: _____

Division: _____ Team: _____ Date: _____

WARNING: PROTECTIVE EQUIPMENT CANNOT PREVENT ALL INJURIES A PLAYER MIGHT RECEIVE WHILE PARTICIPATING IN BASEBALL/SOFTBALL.

Little League does not limit participation in its activities on the basis of disability, race, color, creed, national origin, gender, sexual preference or religious preference.

PRECAUCIÓN El equipo de protección no puede prevenir todas las lesiones que un jugador podría recibir durante la participación en Béisbol/Softbol.

Las Pequeñas Ligas no limita la participación en sus actividades sobre una base de discapacidad, raza, color, credo, origen nacional, género, preferencia sexual o religiosa.