



AUTORIZACION DE PARTICIPACION Y FORMULARIO DE LIBERACION MEDICA

Todos los deportes, incluido **BALONCESTO**, presentan un riesgo de lesión física grave para los participantes. En el caso de una emergencia médica como resultado de una lesión de enfermedad, los instructores / entrenadores se esforzarán por obtener tratamiento médico para su hijo/hija. Sin embargo, **WORLD BASKETBALL FOUNDATION (identificada en este documento como WBF), TODOS LOS PARQUES / LOCALIDADES UTILIZADOS PARA ESTA SEDE, TODOS LOS PARQUES / CAMPOS PARTICIPANTES, PATROCINADORES, LA CIUDAD DE MIAMI, ORGANIZADORES, HOTELES PARTICIPANTES, VOLUNTARIOS Y EQUIPOS PARTICIPANTES** y sus empleados y los agentes no pueden asumir la responsabilidad por actos u omisiones de terceros que están llamados a brindar tratamiento. Reconozco los peligros con la participación de mi hijo/hija en las actividades de **BALONCESTO**. Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba tratamiento médico de emergencia en caso de lesión o enfermedad y acepto ser responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento. Por la presente renuncio, libero, absuelvo, indemnizo y consiento en mantener inofensivo **WBF, TODOS LOS PARQUES / LOCACIONES UTILIZADOS PARA ESTA SEDE, TODOS LOS PARQUES / CAMPOS PARTICIPANTES, PATROCINADORES, LA CIUDAD MIAMI, ORGANIZADORES, HOTELES PARTICIPANTES, VOLUNTARIOS Y EQUIPOS PARTICIPANTES** y todos empleados de los mismos: participantes, personas que transportan a los participantes hacia y desde actividades; y cualquier individuo, grupo, organización o corporación bajo contrato con b para cualquier reclamo que surja de cualquier lesión de enfermedad para el participante.

Por la presente consiento en proteger, indemnizar y salvar a WBF de y en contra, y renuncio a cualquier derecho o reclamo que yo o mi equipo puedan tener contra WBF con respecto a, y toda responsabilidad, y todas las pérdidas, daños, costos y gastos (incluidos los honorarios y gastos de abogados de tales juicios de cualquier tipo y naturaleza, incluidos los que surjan o resulten de cualquier lesión o muerte de una persona o daño a la propiedad personal) que surjan o que de alguna manera directa o indirectamente resulten o estén relacionados con el torneo WBF. Por la presente asumo toda la responsabilidad en nombre de todas las personas que viajan conmigo. Entiendo que WBF no es responsable por la mala conducta de los entrenadores y / o equipos que resulten en la expulsión del torneo. La mala conducta dentro de los **HOTELES PARTICIPANTES, PARQUES / CAMPOS PARTICIPANTES DE LA CIUDAD DE MIAMI**, resultará en la expulsión de todo el equipo y todos los participantes del torneo. World Basketball Foundation tiene el derecho de usar, reproducir, publicar, todas las fotos y videos hechos del jugador, y todas las personas que viajan en mi grupo, durante el torneo. Esto incluye fotos del equipo, jugadores individuales, miembros de la familia, etc. Todo los dineros pagado, incluidos los honorarios del torneo (tournament fee), los depósitos, no son reembolsables.

WBF tiene un seguro que cubre a los participantes del torneo por un accidente resultante de las actividades de baloncesto solo después de que se asigna la cobertura de seguro primaria del participante (titular). Si el reclamante está cubierto por cualquier otro seguro médico o plan de pago médico, primero debe presentar un reclamo al seguro primario. El reclamo debe informarse de inmediato y enviar el formulario requerido dentro de los 60 días a partir de la fecha del accidente a la compañía de seguros.

Además del formulario de liberación firmado por cada padre, como entrenador, asumo la responsabilidad de todas las personas que viajan con el equipo. He leído lo anteriormente documentado.

EDAD/División:	NOMBRE DEL EQUIPO:
PAIS:	FIRMA DEL ENTRENADOR/COACH



Firma a continuación indica que he leído, estoy de acuerdo y acepto la AUTORIZACION DE PARTICIPACION Y EL FORMULARIO DE LIBERACION MEDICA detallado en página 1.

Nombre del Jugado	Fecha de Nacimiento	Firma del Padre o Tutor/Guardián	E-mail

Además del formulario de liberación firmado por cada padre, como entrenador, asumo la responsabilidad de todas las personas que viajan con el equipo. He leído lo anteriormente documentado.

EDAD/División:	NOMBRE DEL EQUIPO:
PAIS:	FIRMA DEL ENTRENADOR/COACH



Firma a continuación indica que he leído, estoy de acuerdo y acepto la AUTORIZACION DE PARTICIPACION Y EL FORMULARIO DE LIBERACION MEDICA detallado en página 1.

Nombre del Jugado		Fecha de Nacimiento			Firma del Padre o Tutor/Guardián	E-mail

Además del formulario de liberación firmado por cada padre, como entrenador, asumo la responsabilidad de todas las personas que viajan con el equipo. He leído lo anteriormente documentado.

EDAD/División:	NOMBRE DEL EQUIPO:
PAIS:	FIRMA DEL ENTRENADOR/COACH



Firma a continuación indica que he leído, estoy de acuerdo y acepto la AUTORIZACION DE PARTICIPACION Y EL FORMULARIO DE LIBERACION MEDICA detallado en página 1.

Nombre del Jugado		Fecha de Nacimiento			Firma del Padre o Tutor/Guardián	E-mail

Además del formulario de liberación firmado por cada padre, como entrenador, asumo la responsabilidad de todas las personas que viajan con el equipo. He leído lo anteriormente documentado.

EDAD/División:	NOMBRE DEL EQUIPO:
PAIS:	FIRMA DEL ENTRENADOR/COACH



Firma a continuación indica que he leído, estoy de acuerdo y acepto la AUTORIZACION DE PARTICIPACION Y EL FORMULARIO DE LIBERACION MEDICA detallado en página 1.

Nombre del Jugado		Fecha de Nacimiento			Firma del Padre o Tutor/Guardián	E-mail

Además del formulario de liberación firmado por cada padre, como entrenador, asumo la responsabilidad de todas las personas que viajan con el equipo. He leído lo anteriormente documentado.

EDAD/División:	NOMBRE DEL EQUIPO:
PAIS:	FIRMA DEL ENTRENADOR/COACH