

Por este medio libero y para siempre descargo a Miracle League para Highlands County de alguno y toda la responsabilidad y daños acerca del uso de mi nombre, voz, semejanza o cualquier otra representación identificable de mi. **Por este medio** yo renuncio cualquier derecho que pueda tener para inspeccionar o aprobar los materiales terminados o cualquier parte o elemento que allí incorpora mi nombre, voz, semejanza o cualquier otra representación identificable de mi, mi familia, incluso mi jugador de Miracle League para Highlands County. **He estado de acuerdo** con lo mencionado arriba en consideración a la oportunidad dada a mí por The Miracle League para Highlands County para aparecer en estos materiales. Reconozco que he leído totalmente y entiendo este documento y que he tenido cualquier pregunta en cuanto a su efecto o significado de sus términos contestados a mi satisfacción. Certifico que tengo al menos 18 años de edad, a menos que este documento también este firmado por mis padres o guardián legal.

Nombre de Jugador _____ Firma de Jugador _____

Firma de Padres/Guardián _____ Fecha de Nacimiento del menor _____

Nombre de Padres/Guardián (por favor imprima) _____

Diagnostico: _____

Prescripción y Medicaciones: _____

Alergias: _____

Cuidado Primario/Médico y Número de Teléfono: _____

Miedos/Fobias: _____

[Regresar el formato completo a:](#)

Miracle League for Highlands County
Attn: Sandra Bass/Registration
P.O. Box 671
Lake Placid, FL 33862