



Nuestra misión es introducir y fomentar la bicicleta como una actividad divertida, segura y saludable para los niños a lo largo de sus vidas.

PREINSCRIPCIÓN: \$10/niño, \$ 25 la familia máxima (camiseta no incluido)

DÍA DE EVENTO: \$15/niño \$30 máximo de la familia (camiseta no incluido)

Haga los cheques a nombre de: Corvallis Spring Roll

Si recibes almuerzos gratis o reducidos de su distrito escolar público o si su niño tiene asequianza de IHN/Medicaid y le gustaría ser considerado para una beca para cubrir el costo de la inscripción en Corvallis Spring Roll, por favor marque esta casilla.

nombre/apellido del niño (por favor imprima)

BIB# (uso interno) _____

_____ el nombre y la fecha de nacimiento _____

M / F (circule uno)

participará en (marque uno): lazo de paseo en la carretera (curso largo)

banqueta (curso corto)

necesitaré bicicleta Cantidad _____ Edades _____

necesitaré casco Cantidad _____ Edades _____

niños adicionales (nombre, apellido)

BIB# (uso interno) _____

_____ el nombre y la fecha de nacimiento _____

M / F (circule uno)

participará en (marque uno): lazo de paseo en la carretera (curso largo)

banqueta (curso corto)

BIB# (uso interno) _____

_____ el nombre y la fecha de nacimiento _____

M / F (circule uno)

participará en (marque uno): lazo de paseo en la carretera (curso largo)

banqueta (curso corto)

BIB# (uso interno) _____

_____ el nombre y la fecha de nacimiento _____

M / F (circule uno)

participará en (marque uno): lazo de banqueta (curso corto)
paseo en la carretera (curso largo)
padre/guardián nombre/apellido: _____

dirección _____

ciudad _____

estado _____ código postal _____ número de teléfono

correo
electrónico

Para ayudar a mantener seguro a su hijo, por favor provea un número de teléfono de emergencia. Esto debe ser un teléfono celular y estar presente con el tutor de su hijo en el día del evento.

OPCIONAL: camisetas cuestan \$5. tamaño (circule uno) YXS (2-4) YS YM YL YXL

RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE ESTADO

Yo entiendo que montar la bicicleta y triciclo presentan riesgos de lesiones personales, y supongo que esos riesgos y cualesquiera otros relacionados con mi y la participación de mi hijo en Corvallis Spring Roll de 2016. Estoy de acuerdo en que no voy a sostener Corvallis Spring Roll (CSR), Distrito Escolar de Corvallis (CSD), Team Dirt, la ciudad de Corvallis, Corvallis Bicycle Collective (CBC), Mid Valley Bicycle Club (MVBC) o cualesquiera funcionarios, administradores, empleados, agentes o voluntarios de CSR, CSD, CBC, MVBC, la ciudad de Corvallis o Team Dirt la sociedad o equipo responsable de ninguna manera en absoluto en caso de lesión u otro daño o pérdida durante mi participación o la participación de mi hijo en Corvallis Spring Roll en 22 de mayo de 2016.

En caso de emergencia, accidente, enfermedad, o otra incapacidad que ocurren durante el evento, doy mi permiso para que yo o mi hijo a ser tratado por un profesional médico y

admitido en un hospital si es necesario. Estoy de acuerdo que soy responsable de los gastos médicos de emergencia para mi o de mi hijo en caso de accidente, enfermedad o otra incapacidad que ocurren durante la participación de Corvallis Spring Roll, independientemente de si he autorizado a dichos gastos. También estoy de acuerdo para permanecer en el evento y mantener la observación y el control de mi hijo.

Al firmar a continuación, firmó el nombre de mis hijo(s) y yo y afirmé que los niños que me acompañan en la participación de Corvallis Spring Roll son mis hijos o niños de los cuales tengo la custodia legal.

Por la presente autorizo a Corvallis Spring Roll, Distrito Escolar de Corvallis, Team Dirt, Corvallis Bicycle Collective, la ciudad de Corvallis, para utilizar y revelar la foto de mi hijo para materiales educativos o promocionales. Libero a CSR, CDS, Team Dirt, CBC, MVBC y la ciudad de Corvallis de cualquier y toda responsabilidad o reclamaciones derivadas de su uso y divulgación con fines educativos o promocionales.

Con elegir la opción de becas y mi firma por debajo, autorizo a Corvallis Spring Roll a revelar a Samaritan Health Plan Operations el nombre y la fecha de nacimiento de mi hijo (a) con el propósito de determinar la elegibilidad de becas basado en la inscripción de IHN/CCO.

firma del guardián legal del participante _____

fecha _____