



**Puerto Rico Baseball Academy and High School
Fun Active Summer 2025**

Hoja de Inscripción

Uso exclusivo PRBAHS

Recibo de pago: _____

Fecha de pago: _____

☐ 7:00am-3:00pm

☐ 7:00am -5:00pm

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Posición: _____

Tamaño de camisa (hacer una marca)

Niño: ____ 10-12(M) ____ 14-16 (L) ____ 18-20 (XL)

Adulto: ____ Small ____ Medium ____ Large ____ XL ____ Otro (indique): ____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Día Mes Año

Dirección Postal: _____

Dirección Física (si es diferente): _____

Correo Electrónico (Email): _____

Padre: _____ Madre: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Teléfonos: _____
Casa Celular Trabajo

Persona a notificar en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Persona(s) autorizada(s) a recoger a tu hijo(a) y parentesco. Incluya nombre y teléfonos.

1. _____

2. _____

Ha padecido el participante alguna enfermedad recientemente ____ **No**, ____ **Sí**, indique:

Alguna actividad que se le deba restringir ____ **No**, ____ **Sí**, indique:

Acepta usted que se tomen fotos y/o video a su hijo(a) en las actividades del programa ____ **No** ____ **Sí**

Firma del padre o encargado

Fecha

Auspiciado por: La Ley de Nutrición del Niño parte 225 del 1973 estableció el Programa de Servicios de Alimentos de Verano (PSAV).



**Puerto Rico Baseball Academy and High School
Fun Active Summer 2025**

Autorización de los padres

La Puerto Rico Baseball Academy and High School, requiere una autorización escrita y firmada de los padres o encargados legales del participante, para que el niño(a) pueda participar del Fun Active Summer 2025.

Además, autorizo a la administración de la Puerto Rico Baseball Academy and High School

- Proveer servicios de primeros auxilios, cuidados de salud, administrar medicamentos prescritos y en caso de emergencia, transportar a mi hijo(a) al hospital mas cercano.
- Que el médico seleccionado administre tratamiento de emergencia, rayos X, pruebas rutinarias y en caso de ser necesario hospitalización.
- Revelar cualquier información suministrada en este formulario que sea necesaria para el tratamiento, referido, ó propósito de seguro.
- Que mi hijo(a), utilice transportación suministrada, ya sea excursiones, hospital, médicos o todo lo relacionado con cualquier actividad del programa.
- Además, relevo, absuelvo y exonero voluntariamente de toda responsabilidad a la administración y a todas las personas que componen el programa, de cualquier información que pueda surgir debido a algún accidente que le ocurra en las actividades del programa. Acepto que cualquier reclamación será cubierta única y exclusivamente hasta el alcance indicado en la póliza de seguros que se haya provisto para cubrir accidentes relacionados a actividades del programa.
- La Puerto Rico Baseball Academy And High School tiene el poder de dar por finalizada la participación de mi hijo(a) de no adaptarse a las normas, actividades o que su comportamiento sea perjudicial para sus compañeros.
- Omitir alguna información en el historial de salud con relación a algún impedimento o condición que tenga mi hijo(a) releva de toda responsabilidad al **Programa**.

Yo, _____ declaro que mi hijo(a) _____

____ **Sí** ____ **No** tiene alguna condición o impedimento que necesita adaptación para poder llevar a cabo las actividades diarias que se realizan en el programa de verano. Por favor de contestar **Sí**, complete lo siguiente:

- Mencione la condición o impedimento que padece su hijo(a): _____
- ¿Qué ayuda individualizada necesita? _____

Leí, entendí, firmé y completé este formulario con información correcta.

Nombre Padre, Madre o Encargado

Fecha

Firma Padre, Madre o Encargado

Auspiciado por: La Ley de Nutrición del Niño parte 225 del 1973 estableció el Programa de Servicios de Alimentos de Verano (PSAV).



Puerto Rico Baseball Academy and High School Fun Active Summer 2025

Normas y Reglamento

Los participantes serán clasificados por edades y en grupos. Los grupos estarán dirigidos por un líder debidamente especializado.

Los alimentos que ofrecemos son a través de Comedores Escolares.

No se permite el uso de celulares en el horario del programa. La administración del programa esta en la mejor disposición de notificar cualquier necesidad o emergencia que ocurra tanto de parte del participante como la de los padres.

La **PRBAHS**, tiene el poder de dar por finalizado la participación de cualquier niño que no se adapte a las normas, actividades o que su comportamiento sea perjudicial para su seguridad o la de sus compañeros.

Ningún participante puede iniciar el programa sin entregar la hoja de inscripción completamente llena, autorización de servicios médicos de emergencia, la autorización de los padres, normas de reglamento firmados y el certificado médico. El niño que no haya entregado estos documentos, no comenzará el programa hasta que complete estos requisitos.

El horario del programa será de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y el horario extendido será de 3:00pm a 5:00pm. Les recordamos que es importante que cumplan con recoger a su hijo(a) a tiempo. La Puerto Rico Baseball and High School, no se hace responsable de los participantes después del horario de salida establecido por el programa.

El uso de lenguaje inadecuado y/o vulgar, palabras y chistes de doble sentido y peleas, están prohibidas. Cualquier problema o situación debe ser informada a su líder o a la administración del programa.

La venta, posesión y/o uso de petardos, tabaco, bebidas alcohólicas o sustancias controladas, dentro o fuera de las facilidades del programa, están totalmente prohibidos. La violación de esta norma puede conllevar a expulsión inmediata.

La persona que venga a recoger al niño(a) tiene que estar autorizada y dispuesta a presentar una identificación con foto de lo contrario no podremos entregarle al niño(a).

Ningún niño(a) puede abandonar el programa sin autorización. Una vez haya firmado por la salida del niño es completamente responsable de él. Por favor, no lo deje sin atender por el área.

El programa de actividades se entregará a los padres tan pronto entreguen todos los requisitos. Recuerde que existe siempre la posibilidad de cambios.

Están prohibidos juguetes, tablets, prendas, dinero, celulares y otros. No somos responsables, ni respondemos por ellos si su niño(a), insiste en traerlos.

Toda foto y video de su niño(a) puede ser utilizado solo para efectos de promoción del programa sin compensación monetaria.

El programa operará de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00p.m.

Leí, entendí y firmé las “Normas y Reglamentos” y me comprometo a cumplirlas a cabalidad.

Nombre Padre, Madre o Encargado

Fecha

Firma Padre, Madre o Encargado

Auspiciado por: La Ley de Nutrición del Niño parte 225 del 1973 estableció el Programa de Servicios de Alimentos de Verano (PSAV).



Puerto Rico Baseball Academy and High School
Fun Active Summer 2025

Certificado Médico
(Para ser llenado por el médico)

Yo, _____, doctor en medicina, certifico que he examinado al joven:
_____ y luego de evaluar su historial de salud considero que se encuentra
___ **apto** ___ **no apto** físicamente para participar en las actividades del campamento de verano.

Peso: _____ Estatura: _____ Presión arterial: _____ Pulso: _____

Seleccione lo siguiente:	(Si)	(No)	Observaciones:
Puede realizar actividades al aire libre	()	()	_____
Es alérgico a algún medicamento	()	()	_____
Es alérgico a algún alimento	()	()	_____
Es hiperactivo	()	()	_____
Es Asmático	()	()	_____
Es diabético	()	()	_____
Tiene alguna condición en la piel	()	()	_____
Tiene dificultad al caminar	()	()	_____
Tiene dificultad para hablar	()	()	_____
Tiene dificultad para escuchar	()	()	_____

Otro (explique) (si no aplica escriba N/A) _____

Tiene alguna condición o impedimento físico o mental _____

Medicamentos que toma actualmente _____

Indique limitaciones para actividades _____

Recomendaciones _____

Nombre del médico

Firma del médico y num. Licencia

Dirección

Teléfono

Fecha

Auspiciado por: La Ley de Nutrición del Niño parte 225 del 1973 estableció el Programa de Servicios de Alimentos de Verano (PSAV).



**Puerto Rico Baseball Academy and High School
Fun Active Summer 2025**

Registro Oficial para Personal Deportivo

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Edad: _____ Posición: _____ ☐ **Horario Regular** ☐ **Horario Extendido**

Nombre del Padre: _____ Tel. _____

Nombre de la Madre: _____ Tel. _____

Personas autorizadas a recoger al menor (persona que no esté en este listado no podrá llevarse a su hijo de la Institución):

1. _____ Relación: _____ Tel. _____

2. _____ Relación: _____ Tel. _____

3. _____ Relación: _____ Tel. _____

4. _____ Relación: _____ Tel. _____

Ha padecido de alguna enfermedad recientemente ☐ **No**, ☐ **Sí**, indique: _____

Es alérgico a:

☐ **Medicamento** _____

☐ **Alimento** _____

☐ **Otro** _____

Alguna actividad que se le deba restringir ☐ **No**, ☐ **Sí**, indique:

Acepta usted que se tomen fotos y/o video a su hijo(a) en las actividades del programa ☐ **No** ☐ **Sí**

Firma del padre o encargado

Fecha

****NO LLENAR ES PARA USO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO****

Comentarios:

Auspiciado por: La Ley de Nutrición del Niño parte 225 del 1973 estableció el Programa de Servicios de Alimentos de Verano (PSAV).