### UN FORMULARIO PARA REGISTRARSE



**10K** SÁBADO, JUNIO 11

Registro además disponible en línea en **bellinrun.com.**

Nombre

primero apellido

Dirección

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono ( ) Correo electrónico

Género

Masculino

Femenino Fecha de nacimiento / / Primera vez ¿partícipando?

(mes/día/año)

si no

**CONTACTO DE EMERGENCIA** Nombre Teléfono del día de la carrera ( )

## EVENTO

10K Correr

10K Caminar

10K Silla de ruedas

**RITMO ANTICIPADO** (minutos/milla)

Sub 8

8-9:29

9:30-10:59

11+

## VESTIMENTA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MASCULINO**  **TALLA FEMENINA** | C  C | M M | G | XG XG | 2XG  2XG | 3XG |
| **JOVENES** | XC (4-5) | SC(6-8) | M (10-12) | G (14-16) |  |  |

**CAMISETA DE MANGA CORTA TECNICA DE CORTESIA**

No costo adicional

**TARIFA DE ENTRADA** hasta Mayo 1

# $25

Mayo 2 - junio 1

# $30

junio 2-6

# $35

10 de junio (En persona en Parque Astor 3-8 pm)

# $40

### TOTAL

Consentimiento y exención de responsabilidad Eximir de toda responsabilidad: Al participar en Bellin Run, acepto liberar y mantener indemne a Bellin Memorial Hospital, Inc., sus funcionarios, directores, empleados y agentes, la ciudad de Green Bay y el pueblo de Allouez, de toda responsabilidad. , pérdidas, reclamos, acciones, costos, incluidos los honorarios de abogados que resulten de lesiones personales o daños a la propiedad que surjan de mi participación en Bellin Run. Autorización de fotografía: Por la presente otorgo a Bellin Memorial Hospital, Inc., y sus afiliados, permiso para fotografiarme durante la carrera y sus actividades relacionadas, y para usar esas fotografías para cualquier propósito, incluidos, entre otros, fines comerciales, anuncios de Bellin Health y materiales promocionales. Certificación de elegibilidad: Certifico que, de acuerdo con las reglas del TAC y la IAAF que rigen la condición de aficionado, soy elegible para competir en este evento. (No los corredores no elegibles podrán competir). Como participante en Bellin Run, entiendo que puedo enfermarme o lesionarme y que es posible que necesite tratamiento médico. Doy mi consentimiento para que el personal médico y/o los voluntarios de Bellin Health evalúen, traten lesiones/enfermedades y activen la atención de emergencia según se indica.

.

Firma del participante (o tutor si es menor de edad) Fecha

*Por favor mandar por correo este formulario de entrada y pago (cheque a nombre de Bellín Run) a:* Bellín Health System, Bellín Run, P.O. Box 23400, Green Bay, WI 54305-3400