

UN FORMULARIO POR REGISTRANTE



NIÑOS CORRER VIERNES, JUNIO 7

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 ____/____/____
 (mes/día/año)

CONTACTO DE EMERGENCIA Nombre _____ Teléfono el día de la carrera (____) _____

EVENTO 1/2 milla La Carrera Para niños (Edad de 10 y menor)

VESTIMENTA

CAMISETA DE MANGA CORTA TECNICA DE CORTESIA

No costo adicional

MASCULINO	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> XG	<input type="checkbox"/> 2XG	<input type="checkbox"/> 3XG
TALLA FEMENINA	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> XG	<input type="checkbox"/> 2XG	
JOVENES	<input type="checkbox"/> XC (4-5)	<input type="checkbox"/> C (6-8)	<input type="checkbox"/> M (10-12)	<input type="checkbox"/> G (14-16)		

TARIFA DE ENTRADA

Hasta Junio 6

\$15

Junio 7

En persona en Astor parque 3-6 pm

\$20

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 Bellin Run) a:
 Bellin Health System, Bellin Run, P.O. Box 23400, Green Bay, WI 54305-3400