

PLEASE PRINT

EVENT: THE THROWDOWN at the La Habra Skate Park April 5, 2014  
SOUTHERN CALIFORNIA MUNICIPAL ATHLETIC FEDERATION  
MINOR RELEASE FORM AND CONSENT FOR TREATMENT



CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ MALE \_\_\_\_\_ FEMALE \_\_\_\_\_  
First Last

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AGE AS OF CONTEST DATE: \_\_\_\_\_

PARENT OR GUARDIAN: \_\_\_\_\_  
First Last

ADDRESS: \_\_\_\_\_  
City State Zip

HOME PHONE: \_\_\_\_\_ CELL PHONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL ADDRESS (PARENT/GUARDIAN): \_\_\_\_\_

**RELEASE**

I give permission for the minor in my custody to participate in the above-mentioned activity and hereby waive, release and discharge any and all claims or rights to claims for damages for death, personal injury or property damage which I may have, or accrue to me, as a result of said minor's participation in said activity. This Release is intended to discharge in advance the promoters, sponsors, the Southern California Municipal Athletic Federation (SCMAF), the officials, and any involved municipalities or other public entities (and their respective agents and employees), from and against any and all liability arising out of or connected in any way with said minor's participation in said activity, even though that liability may arise out of negligence or carelessness on the part of the persons or entities mentioned above.

I further understand that serious accidents occasionally occur during said activity, and that participants in such activity occasionally sustain mortal or serious personal injuries, and/or property damages, as a consequence thereof. Knowing the risks of said activity, nevertheless, on behalf of said minor child, I hereby agree to assume those risks and to release and hold harmless all of the persons or entities mentioned above who, through negligence or carelessness, might otherwise be liable to me, or my heirs or assigns for damages.

It is further understood and agreed that this waiver, release and assumption of risk is to be binding on my heirs and assigns. It is further understood and agreed that this waiver, release and assumption of risk is to be binding on my heirs and assigns.

I also hereby agree to Grant to the Southern California Municipal Athletic Federation (SCMAF), the right to use name, likeness, portrait, recorded voice, and biographical material in order to advertise, promote, and publicize SCMAF, but not, as an endorsement of any product or service of any advertiser.

I agree to accept and abide by the rules and regulations of the Southern California Municipal Athletic Federation.

Registration Deadline for all contests is Tuesday October 1st. Late registration or day of event registration will not be accepted. Proof of age (birth certificate, school ID or other government ID) is required at event check-in. **Participants must wear full safety gear (helmets, knee, elbow).** Participants will not be allowed to skate without proper age verification or pads. NO REFUNDS.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or guardian

**CONSENT TO TREATMENT OF MINOR**

\*In the event of sudden illness, accident or injury which may occur while said minor is engaged in an activity supervised by the Southern California Municipal Athletic Federation and their representatives, agents or assignees, when neither the parents, guardian or designated family physician can be contacted, I hereby give my consent pursuant to California Civil Code #25.8 for emergency treatment as shall be necessary under the circumstances by any physician licensed under the Laws of the State of California.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or guardian

Family Physician: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Insurance Co.: \_\_\_\_\_ Type of Coverage: \_\_\_\_\_

Pertinent medical history information (Epilepsy, Diabetes, Allergies, etc.) \_\_\_\_\_

Emergency Number (other than parents): 1. Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_



FEDERATION ATLETICA MUNICIPAL DEL SUR DE CALIFORNIA  
**SIRVASE COMPLETAR LA INFORMATION CON LETRA DE IMPRENTA**

NOMBRE DEL MENOR: \_\_\_\_\_ HOMBRE \_\_\_\_\_ MUJER \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD A LA FECHA CONCURSO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código Postal

NO. DE TEL./HOGAR: \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL (PADRE/MADRE O TUTOR): \_\_\_\_\_

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

Doy permiso, al menor en mi cuidado, de que participe en la antedicha actividad, y por la presente renuncio y descargo cualquier y todo reclamo or derecho de reclamo por daños y perjuicios causados per muerte, pre lesiones personales o daños a bienes, que pueda tener, or que puedan, en lo sucesivo, acumulárseme, como resultado de la participación de dicho menor en dicha actividad. Este descargo de responsabilidad es para liberar de responsabilidad, de antemano a los promovedores, a patrocinadores, a la Federación Atlética Municipal del Sur de California (SCMAF), a sus funcionarios y a cualquier municipalidad u organismo público (y a sus respectivos agentes o empleados), que esté involucrado, de y contra cualquier y toda responsabilidad que surja de, o que esté relacionado, de cualquier manera, con la participación de dicho menor en dicha actividad, aun cuando esta obligación pueda surgir por negligencia o descuido por parte de las personas u organismos antedichos.

También comprendo que es posible que ocurran accidentes graves durante dicha actividad, y que los que participan en dicha actividad ocasionalmente sufren lesiones graves o mortales y/o daños a sus bienes, como consecuencia de la misma. Sin embargo, conociendo los riesgos de dicha actividad, en nombre de dicho menor, por la presente acepto asumir la responsabilidad de estos riesgos y descargo de responsabilidad a toda persona u organismo, antedicho, quien debido a negligencia o descuido, hubiese sido responsable ante mi, o ante mis herederos o beneficiarios, por daños.

Queda entendido y acepto que este descargo y asunción de riesgo sea valedero en cuanto a mis herederos y beneficiarios.

También acuerdan SCMAF, el derecho a utilizar el nombre, imagen, retrato, grabación de voz y material biográfico con el fin de anunciar, promover y dar a conocer SCMAF, pero no como un respaldo de cualquier producto o servicio de un annunciate.

Accedo aceptar y cumplir con las reglas y reglamentaciones de la Federación Atlética Municipal del Sur de California.

La fecha límite de registro para todos los concursos es el martes 1 de octubre. Registro tardío o registro el día del acontecimiento no se aceptara. Se requiere comprobante de edad (Acta de Nacimiento, identificación de la escuela o identificación del gobierno) en el registro del acontecimiento. Los participantes deben llevar almohadillas completa para patinar (casco, rodillas y codos). **A los participantes no se les permitirá patinar sin verificación de edad apropiada o equipo de seguridad. NO HAY REEMBOLSOS.**

\_\_\_\_\_  
 Fecha Firma de padre/madre o tutor

**CONSENTIMIENTO DE QUE EL MENOR RECIBA TRATAMIENTO**

\*En caso de cualquier enfermedad repentina, accidente o lesión que pueda ocurrir mientras que el menor esté participando en una actividad supervisada por la Federación Atlética del Sur de California y sus representantes, agentes o personas designadas, cuando ninguno de sus padres, su tutor o médico particular, pueda ser ubicado, por la presente doy mi consentimiento, conforme con el Código Civil de California, No. 25.8, de que se administre tratamiento de emergencia en la medida en que fuese necesario, per parte de cualquier médico que esté licenciado por las leyes del estado de California.

\_\_\_\_\_  
 Fecha Firma de padre/madre o tutor

Médico de Familia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Tipo de Póliza: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos importantes: (Epilepsia, Diabetes, Alergias, etc.) \_\_\_\_\_

Números a los cuales llamar en caso de emergencia: (de personas que no sean los padres)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_