



## **AUTORIZACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ del (de la) jugadora(a) \_\_\_\_\_ quien cuenta a esta fecha con \_\_\_\_\_ de edad libremente autorizo a participar en los torneos y actividades auspiciadas por la LPV.

A tales efectos relevamos y consideramos libre de responsabilidad a la LPV, sus apoderados, equipos y oficiales por daños que dicho jugador(a) pueda sufrir en su participación en los torneos y actividades auspiciadas por la LPV.

Asimismo, reconocemos la validez de las Reglas y Reglamentos de la LPV y sus instituciones afiliadas en torno a lo consignado en este convenio.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o encargado

---

---

## **CERTIFICADO MÉDICO**

### **CERTIFICADO MÉDICO**

Certifico que en la fecha indicada examiné a \_\_\_\_\_ y lo (la) he encontrado físicamente capacitado(a) para participar en prácticas atléticas apropiadas para su edad.

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

De no presentar certificación médica, LPV no asume ninguna responsabilidad sobre daños que puedan surgir a en particular.

\_\_\_\_\_  
NUM. DE LICENCIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO