

PARIBA BOXING CLUB PARTICIPANT WAIVER FORM

Participant Waiver Boxing Team

NAME: _____

Last First Middle

ADDRESS: _____

Number Street City Zip

PHONE :() _____ AGE: _____ D.O.B. _____

Any special medications, important medical info; or special instructions: _____

List any restrictions to medical treatment: _____

Physician/ HMO Name: _____ Phone: _____

Emergency contact person: _____ Phone: _____

RELEASE OF LIABILITY

In consideration of the acceptance of my application as a participant to the Pariba Boxing Club I hereby agree to assume all risks attendant upon myself while participating in this club. I hereby waive, release, and discharge any and all claims for death, personal injury, or property damage which I may have, or which may hereafter accrue to me, as a result of my participation on the Pariba Boxing Club. I agree to indemnify and hold harmless from liability the Pariba Boxing Club and its members chapters and/or any of their agents, servants, volunteers, or employees by reason of any accident, death, injury, or damages, to persons or property which I may suffer, while participating in the Pariba Boxing Club This release is intended to discharge in advance the Pariba Boxing Club its member chapters and/or any of their agents, servants, or employees by any reason of any accident, death, injury, or damages to persons or property which I may suffer, from and against any an all liability arising out of or connected in any way with my participation organized by the Pariba Boxing Club even though that liability may arise out of negligence or carelessness on the part of the persons or entities mentioned above.

It is further understood and agreed that this waiver, release and assumption of risk to be binding on my heirs and assigns of me. I agree to assume all responsibilities for any property damage or injury to any person caused by me while participating in the Pariba Boxing Club. I have read, and understand the release of liability form.

X _____ X _____ DATE: _____

If under 18 Signature of Parent or Guardian Signature of Participant

I agree to pay the amount posted by the WVU Boxing Club on time by the 1st of each month or my membership WILL expired with no refunds.

PARIBA BOXING CLUB PARTICIPANT WAIVER FORM

Renuncia de Participante Pariba Boxing Team

Nombre: _____

Dirreccion: _____

Teléfono : () _____ Fecha Nacimiento: _____

Cualquier medicamento especial, información médica importante; O instrucciones especiales: _____

Enumerar las restricciones al tratamiento médico: _____

Nombre del médico / HMO: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

En consideración a la aceptación de mi solicitud como participante del Pariba Boxing Club, por la presente acepto asumir todos los riesgos que me acompañan mientras participo en este club. Por la presente renuncio, libero y descargo todas y cada una de las reclamaciones por muerte, lesiones personales o daños a la propiedad que pueda tener, o que en adelante se acumularán para mí, como resultado de mi participación en el Club de Boxeo de Pariba. Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al Club de Boxeo de Pariba y sus miembros a los capítulos y / oa cualquiera de sus agentes, servidores, voluntarios o empleados por cualquier accidente, muerte, lesión o daños a personas o bienes que yo Puede sufrir, al participar en el Pariba Boxing Club Esta liberación se destina a descargar por adelantado el Club de Boxeo de Pariba sus capítulos miembros y / o cualquiera de sus agentes, servidores o empleados por cualquier motivo de cualquier accidente, muerte, lesión o daños A personas o bienes que pueda sufrir, de y contra cualquier responsabilidad derivada de o relacionada de alguna manera con mi participación organizada por el Club de Boxeo de Pariba, aunque esa responsabilidad puede surgir por negligencia o descuido por parte de las personas O entidades mencionadas anteriormente.

También se entiende y está de acuerdo en que esta renuncia, liberación y asunción de riesgo para ser vinculante a mis herederos y cesionarios de mí. Estoy de acuerdo en asumir todas las responsabilidades por cualquier daño a la propiedad o lesión a cualquier persona causada por mí al participar en el Pariba Boxeo Club. He leído y entiendo el formulario de liberación de responsabilidad.

X _____ X _____ Fecha: _____

Si tiene menos de 18 años Firma del padre o tutor Firma del participante

Estoy de acuerdo en pagar la cantidad publicada por el Pariba Boxing Club a tiempo el 1 de cada mes o mi membresía expirará sin reembolsos.