

# Wenatchee Youth Baseball

PO Box 1646 Wenatchee 98807

## Registration Form

**Player Name:** \_\_\_\_\_ **Birth Date:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_ Copy of birth certificate required for initial registration  
**City:** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_

**Gender** Male  Female  **Shirt Size** (Please Circle): YS, YM, YL, AS, AM, AL

**Email Address:** \_\_\_\_\_ **Parent Approval to Contact Participant via Email (for children under the age of 13)** Yes  No

**Guardian Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

**Guardian Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

**School Name:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_\_

Division Preference	Min	Max	Player Fee***
	Age	Age	
Major	10	12	\$75.00
AAA	9	12	\$75.00
AA	9*	11	\$75.00
A (Rookie)	7	8	\$75.00
T-Ball	5	6	\$55.00

Player age as of April 30, 2009  
 \*8 year olds may play up with special approval and space available.

**League Use Only**

Date Paid: \_\_\_\_\_

Cash  Check

Chk Nbr: \_\_\_\_\_

Player Fee: \_\_\_\_\_

Other Fees: \_\_\_\_\_

Total Paid: \_\_\_\_\_

No player will be denied for lack of ability to pay. Please check box if  \*\*\* Family multi-player discount \$5.00 per player you desire scholarship application.

### Medical Information

**Preferred Doctor Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Preferred Dentist Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**Preferred Hospital:** \_\_\_\_\_

**Insurance Carrier:** \_\_\_\_\_ **Policy Number:** \_\_\_\_\_

**Medical History: Allergies, Medications, Special Conditions, etc** \_\_\_\_\_

### Medical Authorization

#### PART I GRANT OF CONSENT

In the event reasonable attempts to contact the parents or guardians have been unsuccessful, I hereby give my consent for:  
 (1) The administration of any treatment deemed necessary by preferred Dr or preferred Dentists or in the event designated Dr. or Dentist is not available, by another licensed physician or dentist; and the transfer of the child to preferred hospital or any hospital reasonably accessible.

*NOTE: This authorization does not cover major surgery unless the medical options of two other licensed physicians or dentists, concurring in necessity for such surgery are obtained BEFORE the surgery IS PERFORMED.*

**Participant Name:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian/Custodian:** \_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

#### PART II REFUSAL OF CONSENT (Do not complete if Part I has been completed)

I do NOT give consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish that Wenatchee Youth Baseball to take no action, or perform the following actions:  
 Actions to be Performed: \_\_\_\_\_

**Participant Name:** \_\_\_\_\_

# Wenatchee Juventud de Béisbol

PO Box 1646 Wenatchee 98807

## Forma de Registracion

Nombre del Jugador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Copia de su acta de nacimiento requerido para inicial la  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ registracion  
 Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo Masculino  Femenino  Tamano de Camisa (Por favor Circula):  
 YS, YM, YL, AS, AM, AL

Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_ Con permiso de los Padres podemos contactar Si  No   
 a los participantes por correo electrónico (para  
 niños menores de 13 anos de edad)

Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Preferencia de División	Edad		Pago de Jugador
	Min.	Máx.	
Mayor	10	12	\$75.00
AAA	9	12	\$75.00
AA	9*	11	\$75.00
A (Rookie)	7	8	\$75.00
T-Ball	5	6	\$55.00

La edad de los Jugadores es de  
 Abril 30, 2009  
 \*8 de edad pueden jugar con  
 permiso especial y si hay  
 espacio disponible

Únicamente La Liga Lo Llena  
 Fecha que Pago: \_\_\_\_\_  
 Efectivo  Cheque   
 Nbr de Chq : \_\_\_\_\_  
 Pago de Jugador: \_\_\_\_\_  
 Otros Cargos: \_\_\_\_\_  
 Total de Pago: \_\_\_\_\_

Ningún jugador puede ser negado por falta de pago. Por favor marque la  
 caja si desea una aplicación de beca. \_\_\_\_\_

### Información Medica

Nombre del Doctor Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Dentista Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Hospital Preferido: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero de la  
 Póliza: \_\_\_\_\_  
 Historial Medica: Alergias, Medicamentos, Condiciones Especiales, etc. \_\_\_\_\_

## Autorización Medica

### PARTE I DAR EL CONSENTIMIENTO

En caso de que No se localicé a uno de los padres o guadianés, Yo doy mi permiso a:  
 (1) Que la administración tome la decisión de tomar el tratamiento que crea que es necesario por el Dr. o el Dentista Preferido. En caso  
 de no contactarse con el Dr. o el Dentista preferido se llevara a otro con licencia y de transferir al niño/a al hospital preferido o a  
 cualquier hospital razonable y accesible.

*NOTA: Esta autorización no cubre mayor cirugía al menos de la opción medica de los dos médicos mencionados o de otros dos médicos  
 con licencia ya sea doctores o dentistas, de ponerse de acuerdo como una cirugía sea obtenida ANTES de que la cirugía SEA LLEVADA  
 ACABO.*

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  
 Padres/Guardián/Custodia: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE II RECHAZAR EL CONSENTIMIENTO (No complete si la Parte 1 a sido completada)

Yo NO doy mi permiso de que mi hijo/a reciba tratamiento de emergencia. En evento de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de  
 emergencia, Yo quiero que El Wenatchee Juventud de Béisbol no tome acción o que tome las siguientes acciones:  
 Acciones de Llevar A cabo: \_\_\_\_\_