



PUERTO RICO VOLLEYBALL SHOWCASE 2027

RELEVO JUGADOR

Club: _____

Categoría y División: _____

Afiliación Club: _____

Nombre Apoderado: _____

Nombre Coach: _____

Nombre Asistente: _____

Nombre Seguro Club: _____

Núm de Poliza Club : _____

Lic DRD Club: _____

Telefono Apoderado: _____

Afiliación Coach: _____ # Lic DRD Coach: _____

Afiliación Asistente: _____ # Lic DRD Asistente: _____

# Juego	Nombre Completo Jugador	Fecha de Nac MES/DÍA/AÑO	Número de Afiliación	Nombre de Padre Encargado	Firma de Padre Encargado
1		/ /			
2		/ /			
3		/ /			
4		/ /			
5		/ /			
6		/ /			
7		/ /			
8		/ /			
9		/ /			
10		/ /			
11		/ /			
12		/ /			
13		/ /			

Yo, _____ en calidad de representante del equipo y junto a los padres, certificamos que los jugadores del equipo participarán en el evento deportivo Puerto Rico Volleyball Showcase 2027 a celebrarse del 3 al 7 feb-2027 en el Centro de Convenciones de Puerto Rico. Reconocemos y aceptamos que existen riesgos inherentes a la práctica deportiva y que podran surgir lesiones. Certificamos que cada jugador del equipo cuenta con una póliza de seguro vigente y atenciones medicas. Asimismo, confirmamos que todos los jugadores del equipo se encuentran en óptimas condición física para participar en el evento. De igual manera, liberamos de toda responsabilidad a los organizadores, personal de PRVS, voluntarios y auspiciadores de cualquier reclamación por lesiones, enfermedades o incapacidad que pueda surgir durante la participación de los jugadores y asistencia de tutores en el evento. Adicional, autorizamos y aceptamos la toma de fotografía, medios televisivos y sonido, individuales y de equipo durante el evento de nuestros auspiciadores, Staff de PRVS y personal de redes sociales contrados para cubrir el evento. Con la finalidad de ser publicados en las redes sociales y otros medios de comunicación administrados por PRVS . Estas imagines no serán vendidas ni transferidas a terceros.

Firma del Representante

Nombre completo de Representante

Fecha