



Convenio Superior Masculino

Teléfono: 787-705-9991
 Fax: 787-705-9991
 e-mail: info@copuvopr.net
 web: www.copuvopr.net

Equipo _____ Pueblo _____ Apoderado _____

Por el presente convenio el (la) jugador(a) y equipo arriba mencionado acuerdan y pactan que dicho jugador(a) formara parte del equipo en el torneo de la categoría indicada bajo los términos y condiciones que se fijan bajo el Reglamento de COPUVO y que el cumplimiento es de ambos.

	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO DÍA/ MES/AÑO	PUEBLO RESIDENCIA	TELEFONO	NOMBRE PADRE	NOMBRE MADRE	ULTIMOS 4 DIGITOS SEGURO SOCIAL PADRE, MADRE O ENCARGADO	ULTIMOS 4 DIGITOS SEGURO SOCIAL JUGADOR (A)
1.							XXX-XX-	XXX-XX-
2.							XXX-XX-	XXX-XX-
3.							XXX-XX-	XXX-XX-
4.							XXX-XX-	XXX-XX-
5.							XXX-XX-	XXX-XX-
6.							XXX-XX-	XXX-XX-
7.							XXX-XX-	XXX-XX-
8.							XXX-XX-	XXX-XX-
9.							XXX-XX-	XXX-XX-
10.							XXX-XX-	XXX-XX-
11.							XXX-XX-	XXX-XX-
12.							XXX-XX-	XXX-XX-
13.							XXX-XX-	XXX-XX-

- 1- Acompañar recibo paga y ponchado por el Banco Popular como pagada la franquicia, se encuentra en la planilla y debe ser llenada en su totalidad.**
- Los arriba firmantes por la presente, convenimos voluntariamente en que el padre o encargado y su hijo asumen todos los riesgos que conlleva el deporte del voleibol. Convenimos también que COPUVO, así como sus oficiales y directivos, quedan relevados de toda responsabilidad por cualquier lesión sufrida por el participante como resultado de su participación.
- Este acuerdo es final e incluye que los firmantes cumplirán con los compromisos del Equipo con COPUVO durante el torneo. Convenien voluntariamente en que las disposiciones hechas por los organismos establecidos en ellos serán finales y no podrá recurrirse a ningún organismo, entidad ajena o tribunal alguno.
- El Apoderado de cada equipo será responsable de tener un seguro activo y vigente para sus jugadoras, liberando así de toda responsabilidad de accidente a COPUVO.** De no tenerlo por \$5:00 dólares al año por jugadoras COPUVO le provee el mismo y el cual incluye MRI.

Yo _____, Apoderado, certifico que la información arriba ofrecida es correcta y exacta a la original, haciéndome responsable y aceptando todos los remedios que se me apliquen por parte de COPUVO de resultar que la información ofrecida no es correcta.

Nombre Apoderado (letra de molde) _____ Firma Apoderado _____ Tel. Apoderado _____ Núm. Póliza _____ núm. recibo de pago _____ fecha inscripción _____

FAVOR DE LEER TODO EL DOCUMENTO ANTES DE ENVIAR. * NO ENVIAR CERTIFICADOS DE NACIMIETO.