



TEAM NUMBER: _____ (Team Manager to fill this out.)

You may submit this information online at www.RegisterYourTeam.org/participant using the Team Number above. If you are not able to submit online, please fill out this form and return it the Team Manager.

PARTICIPANT INFORMATION

Name: First _____		Last _____	
Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other			
/ /			
Birth Date (mm/dd/yyyy)		Current Grade	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Name: First _____		Last _____	
Email Address _____			
Address _____		City, State _____	
()		()	
Phone (Primary)		Phone (Alternate)	

EMERGENCY INFORMATION

Health Concerns/Allergies
Information we should have available in the event of an emergency, such as current prescription medications. You may also use this space to indicate over-the-counter medications you do not wish to be dispensed to your child.

Emergency Contact Phone: () _____
The phone number for the individual we should contact in the event of an emergency if we can't reach you at the numbers above. Please include area code and extensions (if necessary).

PARTICIPATION AGREEMENT

Liability Release / Disclaimer
I understand that the participant listed on this form will be attending a Destination Imagination Tournament.

By participation in an event by an Affiliate or Region, or other gathering related to the Destination Imagination program, the participant or participants' parents or participating guardian understands and hereby voluntarily agrees to release, waive, forever discharge, hold harmless, defend and indemnify Destination Imagination Inc., and their agents, officers, boards, volunteers, and employees from any and all liability and all claims, actions, or losses for bodily injury, property damage, wrongful death, loss of services, or otherwise which may arise out of the participant's participation in activities related to the Destination Imagination event, including travel to and from the event.

Media Release
We (I) hereby grant permission for Destination Imagination, Inc. and their licensees to publish images of activities and of this participant for the purpose of promoting Destination Imagination®. We (I) grant this permission freely without reservation.

If the participant is under the age of 18:
Furthermore, we (I) are (am) the parent(s) or legal guardian(s) of this participant and hereby grant permission for him/her/them to participate fully in the tournament and hereby give permission to take him/her to a doctor or hospital and authorize medical treatment including, but not limited to, emergency surgery, tests, medications or x-rays. We (I) will assume all responsibility for all medical bills, if any. We (I) understand that if medical treatment is required we (I) will be contacted as soon as possible. Should it be necessary for my child to be sent home for medical reasons, disciplinary reasons, or otherwise, we (I) will hereby assume all costs.

Pin Creation Guidelines
In the event that we (I) design or create any pins, we (I) agree to adhere to all guidelines set forth by Destination Imagination, Inc. and my (our) Affiliate regarding pin creation. These include, for example, avoiding copyright infringement and using licensed vendors. A summary of these requirements can be found at www.destinationimagination.org/pin-vendors.

I acknowledge that I am a parent or legal guardian of the participant described on this form, or the participant (if the participant is over 18) and that I agree to the Participation Agreement above.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____



REGISTRO DE PARTICIPANTE

NÚMERO DE EQUIPO: _____ (Se rellena el Facilitador de Equipo.)

Puede enviar esta información en línea en www.RegisterYourTeam.org/participant utilizando el Número de Equipo anterior. Si no puede enviarlo en línea, rellene este formulario y devuélvalo al Facilitador de Equipo.

INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE

Nombre	Apellido
Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Otro	
/ /	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Grado Actual

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUÁRDIAN

Nombre	Apellido	
Dirección de correo electrónico		
Dirección ()	Ciudad/Estado ()	Código postal
Teléfono (primario)	Teléfono (alternativo)	

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Preocupaciones de salud / Alergias
Información que debemos tener disponible en caso de una emergencia, como medicamentos recetados actuales. También puede usar este espacio para indicar los medicamentos de venta libre que no desea que se le dispensen a su hijo.

Teléfono de contacto de emergencia : () _____
El número de teléfono de la persona con la que debemos contactar en caso de una emergencia si no podemos comunicarnos con usted a los números anteriores. Incluya el código de área y las extensiones (si es necesario).

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Liberación de responsabilidad / Exención de responsabilidad
Entiendo que el participante que aparece en este formulario asistirá a un Torneo de Destination Imagination.

Al participar en un evento por parte de un Afiliado o Región, u otra reunión relacionada con el programa Destination Imagination, los padres o guardianes del participante o participantes entienden y por la presente aceptan voluntariamente liberar, renunciar, dar de baja para siempre, eximir de responsabilidad, defender e indemnizar a Destination Imagination Inc., y sus agentes, oficiales, juntas, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad y todas las reclamaciones, acciones o pérdidas por lesiones corporales, daños a la propiedad, muerte injusta, pérdida de servicios, o de otra manera que puedan surgir de la participación del participante en actividades relacionadas con el evento de Destination Imagination, incluyendo viajes hacia y desde el evento.

Exención General de Medios
Nosotros (yo) otorgamos permiso para que Destination Imagination, Inc. y sus licenciatarios publiquen imágenes de actividades y de este participante con el propósito de promover Destination Imagination®. Nosotros (yo) concedemos permiso libremente sin reserva.

Si el participante no ha cumplido 18 años:
Además, nosotros (yo) somos (soy) los padres o guardianes legales de este participante y por la presente le otorgamos permiso para que participe plenamente en el torneo y por la presente damos permiso para llevarlo a un médico u hospital y autorizar tratamiento médico incluyendo, pero no limitado a, cirugía de emergencia, pruebas, medicamentos o radiografías. Nosotros (yo) asumiremos toda la responsabilidad por todas las facturas médicas, si las hubiera. Nosotros (yo) entendemos que si se requiere tratamiento médico, se nos contactará lo antes posible. En caso de que sea necesario que mi hijo sea enviado a casa por razones médicas, disciplinarias o de otra manera, nosotros (yo) asumiremos todos los costos.

Guía para la creación de Pins
En el caso de que diseñemos o creamos pins, aceptamos adherirnos a todas las pautas establecidas por Destination Imagination, Inc. y mi (nuestro) Afiliado con respecto a la creación de pins. Estos incluyen, por ejemplo, evitar la infracción de los derechos de autor y utilizar proveedores con licencia. Se puede encontrar un resumen de estos requisitos en www.destinationimagination.org/pin-vendors.

Reconozco que soy un padre o tutor legal del participante descrito en este formulario, o el participante (si el participante es mayor de 18 años) y que acepto el Acuerdo de Participación anterior.

Firma del Padre de Familia/Guardián

Fecha