



Fomulario de inscripcion

Nombre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico _____

Teléfono: _____ **edad:** _____ **Género M / F**

Categoría: Hombre solo Mujer sola

Equipo de hombres 2 personas Equipo de mujeres 2 personas Equipo Mixto 2 Personas

Nombre del equipo _____

Miembros del equipo _____
(Nombre y apellido)

Yo reconozco que mi participación en el reto de perder peso de Movin' Mountains es voluntaria y no pretende suplantar el consejo de mi proveedor de salud primario. Verificaré con i proveedor antes de comenzar cualquier nuevo ejercicio o régimen nutricional, para determinar si ese esfuerzo es apropiado, para mi edad, salud y condición física. Por la presente libero al Condado de Jefferson y al Departamento de Salud Pública del Condado de Jefferson, sus representantes, organizaciones asociadas y sus sucesores de todas las responsabilidades y obligaciones por accidente, herida, enfermedad o cualquier disputa que pueda resultar de mi participación en el programa, y por el presente asumo estos riesgos.

Firma del participante _____

Staff Use Only

Amount Paid _____ Self _____ Teammate _____

Cash _____ Check #: _____

County Employee _____ Spouse _____

MMG Employee _____

Receipt #: _____

Received by (Initials): _____