



# Recovery Walks!



## Formulario de inscripción

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Tlfno.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Talla de camiseta (si recaudó \$50.00 o más): \_\_\_M \_\_\_L \_\_\_XL \_\_\_XXL

### **Participo como:**

- Participante en solitario
- Miembro de un equipo/Nombre del equipo: \_\_\_\_\_
- No puedo asistir a la Recovery Walks!, pero adjunto la siguiente donación:

\$ \_\_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ Orden de pago

**\*\*\* Por favor emita los cheques u órdenes de pago a nombre de *The Council of Southeast Pennsylvania, Inc.* y envíelo a: 252 W. Swamp Road, Unit 12, Doylestown, PA 18901.**

**¿Lleva 10 o más años de recuperación? Únase al Honor Guard!** La Honor Guard lidera las marchas y reconoce a aquellas personas que han alcanzado o superado los 10 años de recuperación. Sus miembros llevan una banda púrpura con los años de recuperación alcanzados.

¿Marcha con la Honor Guard? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si ha respondido sí, indique los años de recuperación \_\_\_\_\_

### **Deseo que lo recaudado se destine al siguiente proyecto PRO-ACT:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> All PRO-ACT activities                 | <input type="checkbox"/> Philadelphia Recovery Training Center    |
| <input type="checkbox"/> Philadelphia Recovery Community Center | <input type="checkbox"/> Southern Bucks Recovery Community Center |
| <input type="checkbox"/> Women's Recovery Community Center      | <input type="checkbox"/> Bucks County Chapter                     |
| <input type="checkbox"/> Chester County Chapter                 | <input type="checkbox"/> Delaware County Chapter                  |
| <input type="checkbox"/> Montgomery County Chapter              | <input type="checkbox"/> Philadelphia Chapter                     |

**Su contribución es 100% desgravable. Una vez calculados los gastos, lo recaudado será destinado al proyecto elegido.**

### **CADA PARTICIPANTE EN LA MARCHA DEBE FIRMAR:**

**RENUNCIA:** Yo, en mi nombre, el de mis herederos, y testamentarios, por tanto respecta a mi participación en la caminata de 1.75 millas organizada por RECOVERY WALKS!, libero a PRO-ACT y al Council of Southeast PA, Inc. así como otros organismos relacionados con este evento, incluidos patrocinadores, ciudades, municipalidades, empleados, voluntarios o agencias organizadora, de cualquier responsabilidad y reclamo por daños y perjuicios que podría sufrir. Certifico por la presente que **estoy en buena forma física y por tanto capacitado para participar en la marcha.** Asimismo, permito el uso de mi fotografía en emisiones, prensa escrita, y otros medios de comunicación. Esta entrada queda invalidada de no ser firmada por el participante. En caso de ser menor de 18 años, el padre, madre o tutor deberá firmar la entrada. Un adulto deberá acompañar al menor de edad.

**Envíe el formulario a su capitán o a:**

**Sean Brinda**  
**PRO-ACT Recovery Walks!**  
**Registration**  
**444 N. 3rd Street, Suite 307**  
**Philadelphia, PA 19123**  
215-923-1661  
Fax: 215-923-2216  
[sbrinda@councilsepa.org](mailto:sbrinda@councilsepa.org)

\_\_\_\_\_  
Firma (padre/madre/tutor si es menor de 18)

\_\_\_\_\_  
Fecha

PRO-ACT Administrative Office 252 West Swamp Road, Unit #12 Doylestown PA 18901 PH: 215.345.6644 FX: 215.348.3377  
PRO-ACT Philadelphia Office 444 N. 3rd Street Suite 307 Philadelphia PA 19123 PH: 215.923.1661 FX: 215.923.2216