



# Recovery Walks!



## Formulario de inscripción para capitanes de equipo

\_\_\_\_\_ Sí, organizaré un grupo para participar en Recovery Walks!

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Indique, por favor, los nombres de la familia, empresa u organización a la que el equipo representará:

\_\_\_\_\_

Nombre del equipo: \_\_\_\_\_

Objetivos del equipo:

No. de participantes: \_\_\_\_\_ Dólares por participante: \_\_\_\_\_

Objetivo del equipo (número de participantes x donación promedio): \$ \_\_\_\_\_

### 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.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe el formulario a:

\_\_\_\_\_  
**Jessica Flowers**  
**The Council of Southeast Pennsylvania, Inc.**  
**252 W. Swamp Road, Unit 12**  
**Doylestown, PA 18901**  
215-345-6644 ext.3122  
Fax: 215-348-3377  
[jflowers@councilsepa.org](mailto:jflowers@councilsepa.org)  
\_\_\_\_\_