



New Brunswick Recreation Baseball/Softball

LITTLE SLUGGERS (boys and girls ages 4-6)
Friday Evenings and Saturday Mornings

MINOR LEAGUE (ages 7-9)
Weeknights and Saturdays

MAJOR LEAGUE (ages 10-12)
Weeknights and Saturdays

BABE RUTH LEAGUE (boys ages 13-16)
Weeknights and Saturdays

Girls Softball (ages 15 and under)
Weeknights and Saturdays

**T-Ball and league games are played at the Youth Sports Complex located at 419 Joyce Kilmer Ave.*

**Babe Ruth and Softball games are played at Memorial Stadium located across from the rear of New Brunswick Middle School.*

Registration is \$50 (\$30 each additional child from same family).
 Registration is now open and will end April 6th. You can register at the HUB Recreation Center located at 411 Joyce Kilmer Ave. For further information, please call our office at 732-745-5125 or visit our website at www.cityofnewbrunswick.org/recreation

2018 REGISTRATION FORM

NAME _____ DOB _____ AGE _____

PARENTS NAMES _____

ADDRESS _____ APT#/BLDG# _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

PHONE _____ PHONE (cell) _____

EMAIL: _____

Circle One:

Male

Female

Uniform Shirt
Size:
 Please Circle
 Adult Child
 S M L XL

I give permission to my son/daughter to participate in the sport league indicated on this registration form. I understand that it is my responsibility to provide transportation for my son/daughter to and from the event location. I also understand that it is my responsibility to remain at the site during the program. I further understand that there will be no refunds given after the final registration date occurs.

PARENTS SIGNATURE _____ DATE _____

PLEASE SUBMIT THIS REGISTRATION FORM AND BIRTH CERTIFICATE TO NEW BRUNSWICK RECREATION or MAIL TO: 411 JOYCE KILMER AVE, NEW BRUNSWICK, NJ 08901. MAKE CHECKS or MONEY ORDERS PAYABLE TO "NEW BRUNSWICK RECREATION TRUST". **DEADLINE TO REGISTER IS APRIL 6TH.** PLAYERS WILL BE INFORMED OF START DATE AFTER REGISTRATION DEADLINE. **NO REGISTRATIONS WILL BE ACCEPTED AFTER REGISTRATION DEADLINE. PROOF OF AGE REQUIRED!!! NO REFUNDS WILL BE GIVEN.**



**BIRTH CERTIFICATE
 REQUIRED**





New Brunswick Recreation
Fitness Assessment Questionnaire

Date: _____

Name: _____

Birth Date: _____ Age: _____ Sex: Male ___ Female ___

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: _____

Emergency Contact Name: _____ Telephone Number: _____

Has your child ever experienced any of the following?

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| • Accidents, broken bones | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Allergies | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Asthma | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Anemia, or bleeding problems | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Bladder or kidney problems | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Growth problems | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Depression, abuse concerns, behavior problems | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Heart problems, murmur, etc. | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Gastrointestinal problems: frequent upset stomach, diarrhea | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Lung problems: pneumonia, asthma, etc. | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Neurological: seizures | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Developmental or learning disabilities | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Cerebral palsy | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Headaches | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Skin problems | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Tuberculosis (or positive skin test) | YES <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

MEDICATIONS: _____

Are his/her immunizations up to date? Yes No

The information I have provided on this questionnaire is accurate to the best of my knowledge. I understand that after New Brunswick Recreation review; I may be required to obtain clearance by an MD for my child before they can participate.

Signature

Date



Beisbol/Sofbol del Recreación de New Brunswick

PEQUEÑO PEGADOR (ninos y ninas edades 4-6)
Por la tarde los viernes y sabados por la manana

LIGA MENORES (edades 7-9)
Se juegan dia de semana y los Sabados

LIGA MAYORES (edades 10-12)
Se juegan dia de semana y los Sabados

LIGA DE BABE RUTH
(ninos edades menor de 16)
Se juegan dia de semana y los Sabados

SOFTBOL (niñas meñores de 15 años)
Se juegan dia de semana y los Sabados

**Los juegos de T-ball y se Juegan en el complejo de Deporte para la Juventud ubicado en el 419 Joyce Kilmer Ave.*

**La Liga de Babe Ruth y la liga de Sofbol serán jugados en el Estadio Comemorativo ubicado en la parte detraz de las escuela, Middle School de New Brunswick*

Registración es \$50 (\$30 por cada nina/nino adicional de la misma familia).
Registracion sera hasta Marzo. Localizado en el 411 Joyce Kilmer Avenue. Para mas informacion, favor de llamar nuestra oficina al 732-745-5125 or visitar nuestra pagina de web www.nbrec.com.

FORMULARIO DE REGISTRACION 2018

Escoja uno:

Niño

Niña

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

NOMBRE DE PADRES _____

DIRECCION _____ APT#/BLDG# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

NUMERO DE TELEFONO _____ TELEFONO (cell) _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Talla de camisa del uniforme:
Escoja uno
Adulto nino
S M L XL

Yo doy permiso para que mi hijo/hija participe en la liga de deportes indicada en esta registración. Entiendo que es mi responsabilidad de dar la transportación para mi hijo/hija a las practicas/partidos y de regreso. Entiendo que es mi responsabilidad de mantenerme en el sitio durante el programa. También entiendo que no habrán reembolsos después que pase la fecha final de registración.

FIRMA DE PADRES _____ FECHA _____

FAVOR DE ENTREGAR LA REGISTRACION Y EL ACTA DE NACIMIENTO A LA OFICINA DE RECREACIÓN O EN EL CORREO: 411 JOYCE KILMER AVE, NEW BRUNSWICK, NJ 08901. FAVOR DE HACER CHEQUES O MONEY ORDERS AL: "NEW BRUNSWICK RECREATION TRUST". **EL ULTIMO DE PARA REGISTRAR ES EL 6 DE ABRIL. JUGADORES SERAN CONTACTADOS CON LA INFORMACION DE LA FECHA DE COMENZAR DESPUES DEL ULTIMO DIA PARA REGISTRAR. NINGUNA REGISTRACION SERA ACEPTADA DESPUES DEL ULTIMO DIA. PRUEBA DE EDAD ES REQUERIDO!!NO HAY REEMBOLSOS!!**



ACTA DE NACIMIENTO ESTA REQUERIDO





New Brunswick Recreación
Cuestionario de Evaluación de la aptitud

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: Male ___ Female ___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo alguna vez experimentado alguno de los siguientes ?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Accidentes, huesos rotos | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Alergias | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Asthma | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Anemia, o problemas de sangrado | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • La vejiga o problemas renales | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Problemas de crecimiento | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Depresión, preocupaciones de abuso, problemas de conducta | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Los problemas del corazón, soplo, etc. | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Problemas gastrointestinales: frecuente malestar estomacal, diarrea | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Problemas pulmonares : neumonía, asthma, etc. | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Neurológico: convulsiones | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Las discapacidades del desarrollo o de aprendizaje | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Cerebral palsy | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Dolores de cabeza | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Problemas de la piel | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Tuberculosis (or positive skin test) | Sí <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Medicación: _____

¿Son sus / sus vacunas al día ? Sí No

La información que he proporcionado en este cuestionario es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que después de Nueva Brunswick Recreación revisión; Puedo ser requerido para obtener un despeje de un MD para mi hijo antes de que puedan participar.

Firma

Fecha