



**August 17, 2024 | 10 am
Cuyahoga Community
College - West Campus**

Noreste Ohio CAMINATA DE AMIGOS® Registro sin conexión & Formulario de donación

Recuerda, También puede registrarse y donar en línea siguiendo el enlace en www.ds-stride.org/neohiobuddywalk.
Devuelva este formulario antes del 1 de julio al mediodía para garantizar una camiseta.

Información del donante o del registrant principal

Primer Nombre o empresa: _____ Apellido: _____

Númeroycalle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Talla Camiseta: _____

Registrantes adicionales

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Talla Camiseta: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Talla Camiseta: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Talla Camiseta: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Talla Camiseta: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Talla Camiseta: _____

Seleccione su tipo de registro:

Registro \$21.00 x _____

Amigo con DS Libre _____

Registro con el envoi \$26.00 x _____

Amingo con DS con el Libre _____
envio

Si está formando un equipo, especifique el nombre del equipo: _____

Si se va a unir a un equipo, especifique el nombre del equipo: _____

Monto de donación opcional (adjunto): _____

Total de cada talla de camiseta:

6 meses bebé onese _____

12 meses bebé onese _____

18 meses bebé onese _____

Juventud XS _____

Juventud S _____

Juventud M _____

Juventud L _____

ADULTO S _____

ADULTO M _____

ADULTO L _____

ADULTO XL _____

ADULTO 2XL _____ (+\$2.50)

ADULTO 3XL _____ (+\$3.50)

ADULTO 4XL _____ (+\$5.00)

Monto de donación opcional: \$ _____

Total: \$ _____

Exención

Por la presente renuncio a todos los reclamos contra los patrocinadores, proveedores, voluntarios y cualquier personal de Down Syndrome Association of Northeast Ohio por cualquier lesión que yo o un miembro de mi familia podamos sufrir a causa de este evento. Doy fe de que los miembros de mi familia y yo estamos en buena forma física y estamos preparados para este evento. Otorgo permiso total para que los organizadores usen fotografías, videos y citas mías y de mi familiar en cuentas legítimas y promociones de este evento.

Firma (si tiene 18 años o más) Fecha

Firma

Fecha

Envíe este formulario junto con un cheque pagadero a **Down Syndrome Association of Northeast Ohio** al:

DSANEO
P.O. Box 31720
Independence, OH 44131