



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA JUGADORES JUVENILES

Este formulario debe permanecer con el club durante al menos cinco (5) años o hasta que el jugador tenga 18 años, lo que ocurra después.

Nombre del Club:	0	Ciudad:	Estado:
Nombre de la Liga:	CMYSL - 50 % off Registration		

Por la presente, doy consentimiento al club4 anteriormente nombrado a registrarme con US Club Soccer. Entiendo que en cualquier momento puedo estar registrado con sólo uno de los clubes miembros de US Club Soccer. [Nota: No es necesario rellenar este formulario en cuanto el jugador sigue con este club. El formulario permanecerá con el club, a no ser de que US Club Soccer lo solicite.]

<i>Firma del jugador</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma del padre/tutor</i>	<i>Fecha</i>
--------------------------	--------------	------------------------------	--------------

INFORMACIÓN MÉDICA DEL JUGADOR

Nombre del jugador:	Día de nacimiento:	Género:	<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male
Dirección:	Ciudad:			
Estado:	Código Postal:	Email:		
Nombre del Padre:	Teléfono (Casa): ()	Teléfono (Trabajo): ()		
Email:	Celular: ()	Recibe Texto/SMS?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nombre de la Madre:	Teléfono (Casa): ()	Teléfono (Trabajo): ()		
Email:	Celular: ()	Recibe Texto/SMS?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En el caso de emergencia cuando no se puede contactar con el padre/tutor, por favor, llame:

Nombre:	Teléfono 1: ()	Teléfono 2: ()
Nombre:	Teléfono 1: ()	Teléfono 2: ()

Por favor haga una lista de alergias:

Por favor, haga una lista de otras condiciones médicas:

Médico:	Teléfono 1: ()	Teléfono 2: ()
Compañía de seguros médicos:	Teléfono: ()	
Titular de la póliza:	Número de póliza:	

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD

Por la presente, doy consentimientos a que los entrenadores físicos, los entrenadores técnicos, los gerentes, los directores médicos, los técnicos de emergencia médica, los enfermeros, las instalaciones de tratamientos médicos, y/o el doctor de medicina o de odontología, o personal asociado, proporcionen asistencia médica y/o tratamiento al participante y me comprometo ser financieramente responsable por todos los gastos de cualquier asistencia y/o tratamiento. Entiendo que el tratamiento de lesiones se basará en la información en este formulario. Por la presente, autorizo transportación de urgencias del participante a la instalación de tratamientos médicos cuando cualquier individual anteriormente mencionado considera que es necesario. Reconozco la posibilidad de daños físicos asociados con el fútbol, y por este medio libero, descargo, y de cualquier manera, indemnizo a mi club y a mi equipo, US Club Soccer, sus patrocinadores, US Soccer Federation y las organizaciones afiliadas, y los empleados y personal asociado con dichas organizaciones, contra cualquier demanda legal del jugador como resultado de la participación del jugador en los programas de US Club Soccer y/o en el transporte desde y a cualquier de estos programas, que por la presente también autorizo.

Firma: _____ *Fecha:* _____ Relación al jugador: Padre Madre Tutor