



716 8th Ave. North  
 Myrtle Beach, SC. 29577  
 Phone: (843) 429-0006  
 Email: [admin@usclubsoccer.org](mailto:admin@usclubsoccer.org)  
 Website: [www.usclubsoccer.org](http://www.usclubsoccer.org)

## YOUTH CLUB REGISTRATION CONFIRMATION

**Nombre del Club** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que el club arriba mencionado me registre con US Club Soccer. Entiendo que puedo ser registrado a sólo un club de US Club Soccer a la vez. [Atención: No será necesario completar esta forma otra vez mientras el jugador es miembro de este club: SMSC tendrá esta forma en su posesión aunque la pide el US Soccer Club.]

\_\_\_\_\_  
**Firma del jugador** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Firma del padre/guardián legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

-

### INFORMACIÓN MÉDICA DEL JUGADOR

Nombre del Jugador \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección Física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Tel. de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Tel. de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia cuando los padres no pueden ser localizados, favor de llamar a:  
 Nombre \_\_\_\_\_ Tel. de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Tel. de Casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_  
 Otras Condiciones Médicas \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Seguro Médico \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Por este medio doy mi consentimiento de tener a un entrenador atlético, representante del club, enfermera, hospital, clínica y/o un doctor con licencia en medicina u odontología provee al registrante de asistencia médica y/o tratamiento y estoy de acuerdo en ser responsable económicamente del costo de tal ayuda o tratamiento. Entiendo que el tratamiento para lesión será basado en la información proporcionada adjunto. Por este medio autorizo el transporte del registrante a un hospital o clínica si un individuo arriba mencionado lo considera necesario. *Reconociendo la posibilidad de daño físico asociado con el fútbol, por este medio libero, descargo y/o por otra parte indemnizo el club Sierra Mountain Club y el personal asociado contra cualquier reclamación por o de parte del registrante a consecuencia de la participación del registrante en el programa y/o ser transportado a o del mismo, qué transporte por este medio autorizo.*

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Relación (padre, madre, guardián legal) \_\_\_\_\_