

US YOUTH SOCCER MEMBERSHIP FORM

REGRESANDO AL MISMO EQUIPO _____ SÍ _____ NO _____

NOMBRE DE LA LIGA _____ GRUPO DE EDAD: U _____
CLUB/NOMBRE DEL EQUIPO _____ # DE EQUIPO _____
ESTADO _____ REGIÓN _____ LIGA _____
DE IDENTIFICACIÓN _____

INFORMACIÓN DEL JUGADOR – FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE

Nombre _____ Apellido _____ Masculino _____ Femenino _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Calles Principales Cercanas _____
Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela del Jugador _____

Vive con: _____ Padre _____ Madre _____ Ambos _____ Otro (Marque uno)

Nombre del Padre _____ Ocupación _____
Tel. de Trabajo _____ Correo Electrónico _____
Nombre de la Madre _____ Ocupación _____
Tel. de Trabajo _____ Correo Electrónico _____
Favor de listar problemas de salud o prohibiciones del jugador _____
Persona a quien llamar en caso de emergencia _____ # de tel. _____
Doctor a quien llamar en caso de emergencia _____ # de tel. _____
de años el jugador ha jugado al fútbol _____ Último equipo _____
Última liga _____ Última temporada _____

Yo, el padre/guardián legal del registrante, un menor, estoy de acuerdo de que yo y el registrante seguiremos las reglas de USYS, su organización afiliada y patrocinadores, y he leído el Acuerdo de Afiliación de los Jugadores en el reverse de esta forma. Reconociendo la posibilidad de daño físico asociado con el fútbol y en consideración del USYS, yo exonero, descargo y/o por otra parte indemnizo el USYS, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, sus empleados y el personal asociado, incluso los propietarios de los campos y las instalaciones utilizadas para los programas, contra cualquier reclamación por o de parte del registrante a consecuencia de la participación del registrante en los programas y/o ser transportado a o del mismo, qué transporte por este medio autorizo.

Firma del padre/guardián legal

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Como padre/guardián legal del jugador arriba mencionado, por este medio doy mi consentimiento para cuidado médico de emergencia proveído por un doctor con licencia en medicina o odontología. Este cuidado puede ser dado bajo cualquier condiciones son necesarias para preservar la vida, la integridad física o el bienestar de mi dependiente.

Firma del padre/guardián legal