



# 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.

<b>Nombre del Club:</b>	Ciudad:	Estado:
<b>Nombre de la Liga:</b>		

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.]

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

## 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