



## Forma de Registración Para Jugador ADULTO

Información del Jugador- Letra de molde

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Circule Uno:  
Hombre    Mujer

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Tiene usted seguro medico? Si      No      (Soccer Central NO proporciona seguro médico o dental)

### RENUNCIA Y LIBERACION A RESPONSABILIDADES Y ASUNCION DE RIESGO

Yo, el jugador registrado, estoy familiarizado con la naturaleza de fútbol y fútbol de salon. Yo entiendo que la participación en el fútbol de salon es peligrosa y puede causar menores lastimaduras, quebraduras de huesos, lesiones cerebrales, lesiones a órganos internos y/o las partes corporales, lesiones graves de la espina dorsal, paraplejía, lesiones permanentes o muerte. Estas lesiones corporales graves y permanentes pueden perjudicar la habilidad de aprendizaje, la habilidad de ganar un ingreso y el gozo normal de la vida.

Yo acepto que **Soccer Central** solamente esta proveyendo la oportunidad de usar la instalación atlética bajo techo. En consideración por el privilegio de usar este sitio yo, de parte de mis herederos, cesionarios y parientes, yo liberar, indemnizar, eximir de responsabilidades y la promesa de no ejercer acción alguna contra **Soccer Central**, mas propietarios, funcionarios, dueños de la propiedad, dirigentes de la liga, oficiales, patrocinadores, y todos otros teniendo intereses en la instalación de toda responsabilidad, negligencia, causea de acción, reclamos, demandas y danos de todo tipo que pueden resultar como consecuencia por la participación de cualquier y toda actividad en este lugar.

Yo voy a familiarizarme con las reglas del juego y los de la facilidad, y con la mejor de mi capacidad el juego bajo de control y evitar lesiones a mí mismo ya otras personas utilizando este lugar. Yo entiendo que la membresía puede ser revocada por violación de las reglas de este lugar.

**Yo he leído esta renuncia y liberación a responsabilidades y asunción de riesgo, la he entendido enteramente, y sus condiciones, entiendo que he renunciado a derechos substanciales al firmarlo, y firmo sin ninguna presión y voluntariamente y sin ningún incentivo.**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO

Yo doy por este medio el consentimiento para la asistencia médica de la emergencia prescrita por un doctor de la medicina debido licenciado o el doctor de la odontología. Este cuidado puede ser dado debajo cualesquiera condiciones son necesarias preservar mi vida, miembro o bienestar.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PARA EL USO DE LA OFICINA:

CASH \$ _____	TEAM NAME _____	REGISTRATION OR MEMBER TYPE:
CHECK# _____	DIVISION _____	NEW _____ # _____
VISA/MC _____	SESSION _____	RENEWAL _____ # _____
AMOUNT PAID _____		DAY PASS _____ # _____

RETURN COMPLETED FORM ALONG WITH  
PAYMENT TO:

SOCCER CENTRAL  
P.O. BOX 1200  
WATSONVILLE, CA 95077

DATE ENTERED \_\_\_\_\_ DATE PRINTED \_\_\_\_\_ STAFF INITIALS \_\_\_\_\_