



Forma de Registración Para Jugador JOVEN

Información del Jugador- Letra de molde

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Nombre de los Padres/Guardianes _____

Teléfono _____ E-mail _____

Persona en caso de emergencia: _____ Teléfono _____

¿Su hijo/a tiene seguro médico? Si _____ No _____ (Soccer Central NO proporciona seguro médico o dental)

Circule Uno:

Niño Niña

Fecha de Nacimiento: _____

OFFICE USE:
Birth Certificate? Y N
Staff Initials _____

RENUNCIA Y LIBERACION A RESPONSABILIDADES Y ASUNCION DE RIESGO

Yo, padre o guardián legal, del jugador registrado, un menor de edad, estoy familiarizado con la naturaleza del fútbol y fútbol de salón. Yo (nosotros), entiendo (entendemos) que la participación en el fútbol de salón 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, paraplejia, 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 (nosotros), acepto (aceptamos) 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 (nosotros), de parte de mis herederos, cesionarios y parientes, 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, causas 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 (nosotros) aseguro (aseguramos) que el registrante se familiarizara con las Reglas del Juego y del lugar, y tratara lo mejor posible a su habilidad de jugar bajo control y evitar lesiones propias o a otras personas que usan el lugar. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que la membresía puede ser revocada por violación a las reglas de este lugar. **Yo (nosotros) he (Hemos) leído esta renuncia y liberación a responsabilidades y asunción de riesgo, lo entiendo (entendemos) enteramente, y sus condiciones, entiendo (entendemos) que he (hemos) renunciado a derechos substanciales al firmarlo, u firmamos sin ninguna presión y voluntariamente y sin ningún incentivo.**

Firma de los Padres/Guardianes Legales: _____

Nombre (letra de molde) _____ Fecha _____

Por favor anote sus iniciales si su niño(a) tiene permiso de participar en las ligas de adultos (____)

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO

Como el padre o guardián legal del jugador arriba nombrado, por la presente, doy mi consentimiento para que se le administre cuidado medico de urgencia otorgado adecuadamente por un doctor titulado de medicina o de odontología. Este cuidado puede ser otorgado bajo cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, extremidades o el bienestar de me dependiente.

Firma de los Padres/Guardianes Legales: _____ Fecha _____

PARA EL USO DE LA OFICINA:		
CASH \$ _____	TEAM NAME _____	<u>REGISTRATION OR MEMBER TYPE:</u>
CHECK# _____	DIVISION _____	NEW _____ # _____
VISA/MC _____	SESSION _____	RENEWAL _____ # _____
AMOUNT PAID _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> RETURN COMPLETED FORM ALONG WITH PAYMENT TO: SOCCER CENTRAL P.O. BOX 1200 WATSONVILLE, CA 95077 </div>	DAY PASS _____ # _____
DATE ENTERED _____	DATE PRINTED _____	STAFF INITIALS _____