



# 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.

**Nombre del Club:** LAKEWOOD RANCH FC

**Ciudad:** BRADENTON

**Estado:** FL

**Nombre de la Liga:**

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.]

**Firma del jugador**

**Fecha**

**Firma del padre/tutor**

**Fecha**

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL JUGADOR

**Nombre del jugador:**

**Día de nacimiento:**

**Género:**  Female  Male

**Dirección:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código Postal:**

**Email:**

**Nombre del Padre:**

**Teléfono (Casa):** ( )

**Teléfono (Trabajo):** ( )

**Email:**

**Celular:** ( )

**Recibe Texto/SMS?**  Si  No

**Nombre de la Madre:**

**Teléfono (Casa):** ( )

**Teléfono (Trabajo):** ( )

**Email:**

**Celular:** ( )

**Recibe Texto/SMS?**  Si  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