



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: ANNANDALE CITY FOOTBALL CLUB INC. **Ciudad:** ANNANDALE **Estado:** VIRGINIA
Nombre de la Liga: N/A

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