

Palacios Futbol Club

CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE/ FORMULARIO DE EMERGENCIA

Este consentimiento/permiso debe ser llenado y firmado por el padre/madre legal de cualquier jugador que sera transportado a torneos/juegos por parte de Palacios Futbol Club, sus afiliados y/o papas voluntarios. Ningun jugador viajando sin sus padres podra participar en el torneo sin esta forma. Toda la informacion dada en esta forma es considerada confidencial y acompanara a su jugador con el entrenador del equipo: _____ representante de Palacios Futbol Club. Esta información es necesaria en caso de emergencia.

Permiso dado para el jugador:

(Nombre legal del jugador) **POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE**

Yo, _____ le doy permiso a _____ de viajar a _____ y a sus alrededores con _____ de (fechas) _____ a _____

ESTOY CONSIENTE QUE MI HIJO/HIJA ESTARA VIAJANDO SIN NINGUN PADRE LEGAL Y TODA LA INFORMACION QUE ESTOY DANDO, ES COMPLETA Y VERDADERA.

INFORMACION DE PADRE/MADRE:

Nombre de padre/madre:

Direccion:

Numero de telefono #1:

Numero de telefono #2:

En el raro, dado caso de un accidente o emergencia, le doy permiso a el representate designado de Palacios Futbol Club: _____ de autorizar tratamiento médico, incluyendo anestesia si es necesario. Por favor proveer la información pedida que sería neceseria en caso de emergencia.

Fecha de nacimiento del jugador: _____

Alergias a medicina o comida:

Condiciones médicas que necesitan atención especial:

Su jugador necesita de una (A) **Epipen** para alergia: Si No (B) **Inhalador para asma?** Si No
ESTA TOMANDO MEDICAMENTO ACTUALMENTE (Tipo de medicamento y forma de administración): _____

PARA CUALQUIER DOCTOR U HOSPITAL: Autorizo la divulgacion de la informacion medica pertinente de mi hijo/hija al personal medico correspondiente. Le doy permiso al doctor u hospital de asegurar tratamiento medico para el/ella y ordenar medicamentos, inyecciones, anestesia, o cirugia para mi hijo/hija como se menciona arriba, en caso de emergencia. La firma a continuacion constituye la autorizacion para realizar cualquier tratamiento necesario para mi hijo.

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

Compania:

poliza:

grupo:

Nombre de padre/madre:

Fecha:

(POR FAVOR ESCRIBIR LEGIBLEMENTE)

Firma de padre/madre: _____