



CONSENTIMIENTO DE PADRES Y FORMULARIO DE ALTA MÉDICA PARA JUGADORES

Nombre del Jugador: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____ Tel. Del Trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____ Tel. Del Trabajo: _____

En caso de emergencia, cuando los padres no se puedan contactar, por favor comunicarse con:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Tel. Del Trabajo: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Tel. Del Trabajo: _____

Alergias: _____

Condición médica: _____

Doctor del Jugador: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Teléfono: _____

Titular de la Póliza: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

POR FAVOR HACER COPIA DE AMBOS LADOS DE LA TARJETA DE SU SEGURO MÉDICO Y ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR Y ALTA MÉDICA

Reconociendo la posibilidad de lesión o enfermedad y en consideración de US Youth Soccer y los miembros de US Youth Soccer aceptando a mi hijo/hija como jugador en los programas de fútbol y actividades de US Youth Soccer y sus miembros (los "Programas"), autorizo a mi hijo/hija a participar en los Programas. Además, liberar por este medio, la descarga y de lo contrario indemnizar a US Youth Soccer, sus organizaciones miembros y patrocinadores, sus empleados, personal asociado y voluntarios, incluyendo el propietario de campos e instalaciones utilizadas para los Programas, contra cualquier reclamo por o en nombre de mi hijo/hija jugador como resultado de mi hijo/hija de participación en los Programas o transportados hacia o desde los Programas. Por la presente autorizo el transporte de mi hijo/hija o de los Programas.

Mi hijo/hija jugador ha recibido un examen físico por un médico con licencia y se ha encontrado físicamente capaz de participar en el deporte del fútbol. Tengo siempre aviso escrito, el cual es presentado en conjunción con este comunicado y adjunta a la presente, establece cualquier tema específico, afección o dolencia, además de lo que se especifica arriba, que mi hijo/hija tiene o pueda afectar mi participación en los programas. Doy mi consentimiento para que un entrenador deportivo o médico con licencia o dentista proporcione asistencia médica o tratamiento a mi hijo/hija y acepta ser financieramente responsable por el costo razonable de tal asistencia o tratamiento.

Firma del padre o tutor

Fecha