|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Club:**  | Woodland Soccer Club | Ciudad:  | Woodland | Estado:  | CA |
| **Nombre de la Liga:** | NorCal |

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 RESPONSIBILIDAD** |

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