



## CONSENTIMIENTO DE PADRES Y FORMULARIO DE ALTA MÉDICA DE JUGADOR

Nombre del jugador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ casa Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/ Tutor: \_\_\_\_\_ casa Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, cuando los padres no se puede llegar, por favor póngase en contacto con:**

Nombre \_\_\_\_\_ casa Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ casa Teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Otras condiciones médicas: \_\_\_\_\_

### 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 aceptar a mi hijo como jugador en los programas de fútbol y actividades de US Youth Soccer y sus miembros (los "programas"), autorizo a mi hijo / a participar en los programas. Además, liberan por este medio, la descarga y 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 reclamo por o en nombre de mi hijo de 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 o de los programas.

Confirmando que mi hijo es físicamente capaces de participar en el deporte del fútbol. Tengo siempre aviso escrito, que es enviado junto con este lanzamiento y adjunta a la presente, establece cualquier tema específico, afección o dolencia, además de lo que se especifica arriba, que mi hijo tiene o puede afectar mi participación en los programas. Doy mi consentimiento para que un entrenador deportivo o médico con licencia o dentista proporciona asistencia médica o el tratamiento a mi hijo y acepta ser financieramente responsable por el costo razonable de tal asistencia o tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
fecha