



Sporting Arkansas Soccer Club

Información para padres y liberación médica 2019/2012



Nombre del jugador: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Informacion de emergencia

Nombre del Padre: _____ Telefono de casa: _____ Telefono del trabajo: _____

Nombre de la madre: _____ Telefono de casa: _____ Telefono del trabajo: _____

En una emergencia donde no se pueda contactar a los padres, comuníquese con

Nombre: _____ Telefono de casa: _____ Telefono del trabajo: _____

Nombre: _____ Telefono de casa: _____ Telefono del trabajo: _____

Alergias: _____

Otras afecciones medicas: _____

Medico del jugador: _____ Telefono de casa: _____ Telefono del trabajo: _____

Informacion del seguro medico y/o Hospital: _____ Telefono: _____

Titular de la Poliza: _____ Poliza #: _____ Grupo #: _____

POR FAVOR COPIAR AMBOS LADOS DE SU TARJETA DE SEGURO DE SALUD Y JUNTO CON ESTA FORMA

Reconociendo la posibilidad de lesiones o enfermedades, y teniendo en cuenta que US Club Soccer y los miembros de US Club Soccer aceptan a mi hijo / hija como jugador en los programas y actividades de US Club Soccer y sus miembros (los "Programas"), doy mi consentimiento para que mi hijo / a participe en los programas., doy de baja y de otra manera indemnizo a US Club Soccer, sus organizaciones miembros y patrocinadores, sus empleados, personal asociado y voluntarios, incluido el propietario de los campos e instalaciones utilizados para los Programas, contra cualquier reclamo por parte de mi jugador o en nombre de este. hijo / hija como resultado de la participación de mi hijo / a en los Programas y / o de ser transportado hacia o desde los Programas. Por la presente autorizo el transporte de mi hijo / a desde o hacia los Programas.

Mi hijo / ha recibido un examen fisico realizado por un médico con licencia y se le ha encontrado fisicamente capaz de participar en el deporte del fútbol. He proporcionado un aviso por escrito, que se presenta junto con este comunicado y adjunto al presente documento, estableciendo cualquier problema, condición o afección específica, además de lo que se especifica anteriormente, que mi hijo tiene o que puede afectar la participación de mi hijo en el Los programas Doy mi consentimiento para que un entrenador atlético y / o un médico o dentista con licencia proporcione asistencia médica y / o tratamiento a mi hijo / a y acepto ser financieramente responsable por el costo razonable de dicha asistencia y / o tratamiento.

Firma del padre / tutor

Fecha