

URBAN SOCCER LEADERSHIP ACADEMY – FORMA MEDICA Y DE MEDIOS DE COMUNICACION

Niño Niña FECHA de NACIMIENTO: _____

INFORMACION DEL JUGADOR

APELLIDO		NOMBRE		MI	TELEFONO DE CASA	
DIRECCION			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA - TELEFONO.				NOMBRE DEL DOCTOR - TELEFONO.		

INFORMACION MEDICA

Su hijo a tenido un chequeo fisico en estos 12 meses? Si No

Jugador tiene seguro medico? Yes No Nombre del Seguro: _____

¿Este niño tiene alguna discapacidad, desventajas, presentes lesiones o limitaciones, alergias, hemofilia, enfermedad cardiaca, historial de enfermedad respiratoria ocualquier otra condición médica significativa? No Si

Si la respuesta es si, por favor explique:

Autorizacion de Emergencia: Yo, el firmante, padre o tutor legal del participante, un menor de edad, autoriza a los entrenadores, asistentes o los padres de los miembros del equipo que actúa en la capacidad de los conductores de supervisores o vehículo de actividad, como mis agentes, para los médicos, sirugias, examen dental o tratamientos. En caso de emergencia, por el presente autorizo el tratamiento o atención de cualquier hospital. Si hay una emergencia y yo no puedo llegar, póngase en contacto con la persona indicada que autoriza por mi nombre:

Nombre: _____ **Telefono.:** _____ **Correo Electronico:** _____

Execion de Responsabilidad: Yo, el padre o tutor de la persona nombrada arriba reconoce que la participación en los eventos atléticos necesariamente implican riesgo o daño físico. Además, reconoco que los programas de la Academia de liderazgo de fútbol urbano son principalmente pero no necesariamente administrados por los padres que se ofrecen voluntariamente su tiempo, en lugar de profesionales pagados. En consideración para aceptar la inscripción de dicho individuo en sus programas, por el presente liberar, descarga y sostener inofensivo USLA, sus empleados, voluntarios y otros representantes de cualquier reclamación que surja de o relacionadas a cualquier lesión física que pueda resultar a cualquier individuo durante su participación en USLA patrocinados en los eventos, incluyendo cualquier daño físico causado por la negligencia de cualquier funcionario, árbitro o entrenador mientras realiza sus funciones durante cualquier prácticas o juegos. Entiendo la responsabilidad de disponer de información médica precisa y la realización de un examen físico es mi responsabilidad y no laresponsabilidad de USLA.

Reconocimiento y consentimiento: para el uso interno y externo, reconozco que puede compilar dirección y etiquetas de correo y pueden utilizar fotografías y videos de la persona nombrada. Les doy mi consentimiento para darles permiso y tener todo el derecho.

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR

APELLIDO DEL PADRE/TUTOR	NOMBRE	MI	TELEFONO DURANTE EL DIA	NUMERO DE CELULAR
CORREO ELECTRONICO: _____				

APELLIDO DE LA MADRE/TUTOR	NOMBRE	MI	TELEFONO DURANTE EL DIA	NUMERO DE CELULAR
CORREO ELECTRONICO: _____				

FIRMA

PADRE/TUTOR	RELACION	FECHA
-------------	----------	-------