



# Sporting Arkansas Soccer Club



## Información para padres y liberación médica 2018/2019

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 hospitalario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Titular de la politica: \_\_\_\_\_ Politica #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR COPIAR AMBOS LADOS DE SU TARJETA DE SEGURO DE SALUD Y ADJUNTAR ESTE FORMULARIO**

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. Además, por la presente libero, 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 / hija ha recibido un examen físico realizado por un médico con licencia y se le ha encontrado físicamente 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

Notary/El Notorio: \_\_\_\_\_ Subscribed and sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_

My commission expires: \_\_\_\_\_ (raised seal or original stamp)