



**NORTH TEXAS STATE SOCCER ASSOCIATION**  
**FORMULARIO DE REGISTRO**  
**RECREACIONAL**

Revisado 4-26-2018



**FOR MEMBER ASSOCIATION/LEAGUE USE ONLY (para uso de la asociación/liga)**

Date Paid \_\_\_\_\_ Date Payment Received \_\_\_\_\_  Cash  CC  Check# \_\_\_\_\_

Verified Birth Certificate  YES  NO Age Group: \_\_\_\_\_ U

**Información del jugador**  NUEVO  ESTABLECIDO  HOMBRE  MUJER 20\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ AÑO  OTÑO  PRIMAVERA

Nombre de Jugador \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento(MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Direction \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Padre/Tutor #1 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Corre Electrónico \_\_\_\_\_

Padre/Tutor #2 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Corre Electrónico \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Año de Graduación \_\_\_\_\_

Talla de Camisa \_\_\_\_\_ Talla de Pantalones Cortos (Shorts) \_\_\_\_\_ Talla de Calceñín \_\_\_\_\_

Datos del Doctor Principal (nombre, teléfono) \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas que padezca el niño/a \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (nombre, teléfono) \_\_\_\_\_

Apoyo Voluntario de los Padres:  Entrenador  Asistente de Entrenador  Gerente  Arbitro  Comité  Recaudación de Fondos  Otro:

**Información importante:** Jugadores solo pueden registrarse con un solo equipo con North Texas State Soccer, cualquier momento durante el año del fútbol (July1-Junio 30). Al firmar este formulario, usted está confirmando que no ha registrado a su hijo con otro equipo de North Texas Soccer este año de fútbol, salvo una transferencia dentro de las normas de la North Texas Soccer.

**Aprobación de los padres y Autorización de tratamiento médico:**

RECONOCIENDO LA POSIBILIDAD DE LESIONES FÍSICAS CON LA PARTICIPACIÓN DE FÚTBOL Y EN CONSIDERACIÓN DE NORTH TEXAS STATE SOCCER ASSOCIATION INC., LA FEDERACIÓN DE FÚTBOL DE ESTADOS UNIDOS, LA ASOCIACIÓN DE FÚTBOL DE LA JUVENTUD DE ESTADOS UNIDOS Y SUS AFILIADAS RESPECTIVAS (LOS "PARTIDOS DE FÚTBOL") ACEPTANDO AL CONTRATANTE (JUGADOR) PARA SUS PROGRAMAS DE FÚTBOL Y ACTIVIDADES (LOS "PROGRAMAS"), ACEPTO POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO INDEMNIZAR Y EXONERAR DE TODA RESPONSABILIDAD LOS "PARTIDOS DE FÚTBOL" Y SUS PATROCINADORES, EMPLEADOS Y EL PERSONAL ASOCIADO, INCLUYENDO LOS PROPIETARIOS DE CAMPOS E INSTALACIONES UTILIZADAS PARA LOS "PROGRAMAS" CONTRA CUALQUIER RECLAMO POR O EN NOMBRE DE LA PERSONA REGISTRADA COMO RESULTADO DE LA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA REGISTRADA EN LOS "PROGRAMAS" O A SER TRANSPORTADOS A O DESDE EL MISMO, TRANSPORTE CUAL AUTORIZO POR ESTE MEDIO. CON MI FIRMA, CONFIRMO QUE MI HIJO ES FÍSICAMENTE CAPACE DE PARTICIPAR EN LOS "PROGRAMAS". HE TOMADO NOTA SOBRE CUALQUIER TEMA ESPECÍFICO, CONDICIÓN O ENFERMEDAD QUE TIENE MI HIJO O QUE PUEDEN AFECTAR SU PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS. DOY CONSENTIMIENTO PARA QUE UN ENTRENADOR ATLÉTICO Y/O DOCTOR DE MEDICINA U ODONTOLOGÍA PROPORCIONE A MI HIJO TRATAMIENTO Y/O ASISTENCIA MÉDICA Y ACEPTO SER RESPONSABLE FINANCIERAMENTE POR EL COSTO RAZONABLE DE DICHA ASISTENCIA Y/O TRATAMIENTO.

Más presto a los "partidos de fútbol" el derecho a utilizar el nombre de los jugadores, fotos y o semejanza en impresos, MATERIAL de difusión y otro sobre los "programas", siempre que tal uso sea relacionado a la situación de los jugadores PARTICIPANTES en los "programas".  SI  NO

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_