

CSC Academy Registration



Nombre completo del jugador: _____

Dirección del domicilio principal del jugador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____ Teléfono: _____

Correo electrónico del jugador (si es aplicable): _____ Género: M / F

Fecha de nacimiento del jugador (Mes/Día/Año): _____/_____/_____ Edad: _____

Escuela o Colegio al que asiste: _____ Grado: _____

Nombre del **Padre**: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (Zip code): _____

Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular/trabajo): _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la **Madre**: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (Zip code): _____

Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular/trabajo): _____ Correo electrónico: _____

Exoneración de Responsabilidad:

Como padre, madre, o guardián, doy permiso para que el niño/la niña nombrado/a anteriormente participe en las pruebas para clasificar al Corvallis Soccer Club Academy. Exonero al Corvallis Soccer Club y a sus representantes de cualquier responsabilidad por lesiones que resulten de su participación.

Nombre del padre, madre o guardián

Firma del padre, madre o guardián

Fecha

Autorización para Cuidado Médico de Emergencia (Exoneración):

Nombre y número de teléfono de una persona, que no sea padre, madre o guardián, a quien contactar y quien esté autorizada para aprobar cuidado medico de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular/trabajo): _____

Médico de la familia del jugador: _____ Teléfono: _____

Dentista de la familia del jugador : _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros de la familia (que cubre al jugador): _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

En caso de que se hagan intentos razonables de contactarse conmigo/con nosotros en los números de teléfono o direcciones mencionados anteriormente, o con otra de las personas designadas anteriormente, pero sin éxito, damos autorización completa para: 1) la administración de cualquier tratamiento considerado necesario por un entrenador certificado, practicante medico, o entrenador del equipo y 2) la transferencia de mi/nuestro hijo/hija o menor en tutela a cualquier hospital certificado o clínica de emergencia razonablemente accesible. Se entiende que esta autorización es dada por adelantado de cualquier diagnóstico específico, tratamiento u hospitalización necesaria, para dar autoridad y poder legal a los entrenadores del equipo y a los representantes mencionados anteriormente para proveer cuidado médico razonable.

A continuación se incluye información sobre la historia médica del jugador que un practicante médico necesita saber.

Alergias: _____

Alergias a medicinas específicas: _____

Lentes o lentes de contacto (S/N): _____ Dientes postizos o puente: _____

Cualquier problema médico preexistente: _____

Cualquier otro problema médico relevante (adjuntar información necesaria): _____

Fecha de la última vacuna para Tétano: _____

Nombre del padre, madre o guardián

Firma del padre, madre o guardián

Fecha

***** Para Uso del Club Exclusivamente *****

Tarifa del Club Pagada: _____, Jugador Contactado: _____, Invitado a Jugar: Si _____ No _____