



# North Oklahoma City Futbol (NOKC) FORMULARIO DE REGISTRO



**FOR OFFICE USE ONLY/NO LLENAR, PARA USO DE OFICINA**

Date Payment Rec'd \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_ Check # \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 Age Group U \_\_\_\_\_ Rec'd By \_\_\_\_\_

**Informacion del Jugador** \_\_\_ NUEVO \_\_\_ ESTABLECIDO \_\_\_ HOMBRE \_\_\_ MUJER  
 20 \_\_\_ ANO \_\_\_ OTNO \_\_\_ PRIMAVERA

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

Direction \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Padre/Tutor #1 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Corre Electronico \_\_\_\_\_

Padre/Tutor #2 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Corre Electronico \_\_\_\_\_

Temporadas Jugadas \_\_\_\_\_ Equipo de Futbol Previo \_\_\_\_\_ Lega de Futbol Previa \_\_\_\_\_

Yo, como padre/tutor del registrante, un menor de edad, estoy de acuerdo en que yo y el solicitante de registro cumpliremos las reglas de la USYSA, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. reconociendo la posibilidad de lesión física asociada con el fútbol y en consideración para la USYSA que acepta al registrante para sus programas y actividades del fútbol, libero, descargo y/o indemnizo de otra manera a la USYSA, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, a sus empleados y personal, incluyendo a los dueños de los campos e instalaciones utilizados para los programas, en contra de cualquier reclamación por o en nombre del registrante como resultado de la participación del registrante en los programas o la transportado hacia o desde el mismo, la cual traspotación por este medio autorizo.

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO (MENOR)**

Como padre o tutor legal del jugador mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para dar atención médica por alguna emergencia prescrita por un doctor de medicina o un doctor en odontología. a el/la atleta mencionado/mencionada anterior mente. Este cuidado puede darse en cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, y el bienestar de mi dependiente.

Nombre Completo \_\_\_\_\_

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