



**FORMULARIO DE INSCRIPCION -- Asociación de Fútbol Recreativo de Ripon**

**Jugador** \_\_\_\_\_ **Soy un NIÑO**\_\_\_\_\_ **Soy una NIÑA**\_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Código**\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:**\_\_\_\_\_

**Información de Contacto (Padres o Custodio Legal) Si es diferente de arriba**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **email** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Código Postal** \_\_\_\_\_

**Mejor número de teléfono:**\_\_\_\_\_

**Marque aquí si está dispuesto(a) ayudar con el programa (escriba su nombre si no aparece como contacto arriba)** \_\_\_\_\_

YO, padre/madre/custodio del registrado(a), un/una menor, estoy de acuerdo que yo y el/la registrado(a) nos regiremos por las reglas de la Asociación de Fútbol Recreativo de Ripon y por lo tanto doy mi aprobación para participar en una o cualquier actividad de la Asociación de Fútbol Recreativo de Ripon incluyendo el transporte a y desde las actividades. Yo entiendo que la participación en fútbol puede resultar en golpes o heridas serias y que el equipo protector no previene todas las heridas a los jugadores, y por lo tanto levanto, omito de culpa, absuelvo, y estoy de acuerdo de no culpar a la Asociación de Fútbol Recreativo de Ripon, a los organizadores, patrocinadores, participantes, y a las personas transportando mi niño o niña a o desde las actividades por cualquier reclamo que surja por cualquier golpe o herida a mi niño o niña ya sea el resultado por abandono o por cualquier otra causa, excepto al grado de la cantidad cubierta por el seguro de accidente o responsabilidad.

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Padre/Madre o Custodio** \_\_\_\_\_

**Permiso de Tratamiento Médico de Emergencia**

YO, padre/madre/custodio del jugador nombrado(a) arriba, doy mi permiso para cualquier doctor debidamente con licencia de medicina o doctor en odontología u hospital de tratamiento medico de emergencia o admisión para el cuidado de nuestro niño o niña por enfermedad o accidente si nosotros no podemos ser contactados.

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Padre/Madre o Custodio** \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas del Niño(a) que deberíamos de saber:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_