



Forma de Registración Para Jugador ADULTO

Información del Jugador- Letra de molde

Nombre _____ Apellido _____

Circule Uno:
Hombre Mujer

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento:

Teléfono _____ E-mail _____

Persona en caso de emergencia: _____ Teléfono _____

Tiene usted seguro medico? Si No (Soccer Central NO proporciona seguro médico o dental)

RENUNCIA Y LIBERACION A RESPONSABILIDADES Y ASUNCION DE RIESGO

Yo, el jugador registrado, estoy familiarizado con la naturaleza de fútbol y fútbol de salon. Yo entiendo que la participación en el fútbol de salon es peligrosa y puede causar menores lastimaduras, quebraduras de huesos, lesiones cerebrales, lesiones a órganos internos y/o las partes corporales, lesiones graves de la espina dorsal, paraplejía, lesiones permanentes o muerte. Estas lesiones corporales graves y permanentes pueden perjudicar la habilidad de aprendizaje, la habilidad de ganar un ingreso y el gozo normal de la vida.

Yo acepto que **Soccer Central** solamente esta proveyendo la oportunidad de usar la instalación atlética bajo techo. En consideración por el privilegio de usar este sitio yo, de parte de mis herederos, cesionarios y parientes, yo liberar, indemnizar, eximir de responsabilidades y la promesa de no ejercer acción alguna contra **Soccer Central**, mas propietarios, funcionarios, dueños de la propiedad, dirigentes de la liga, oficiales, patrocinadores, y todos otros teniendo intereses en la instalación de toda responsabilidad, negligencia, causea de acción, reclamos, demandas y danos de todo tipo que pueden resultar como consecuencia por la participación de cualquier y toda actividad en este lugar.

Yo voy a familiarizarme con las reglas del juego y los de la facilidad, y con la mejor de mi capacidad el juego bajo de control y evitar lesiones a mí mismo ya otras personas utilizando este lugar. Yo entiendo que la membresía puede ser revocada por violación de las reglas de este lugar.

Yo he leído esta renuncia y liberación a responsabilidades y asunción de riesgo, la he entendido enteramente, y sus condiciones, entiendo que he renunciado a derechos substanciales al firmarlo, y firmo sin ninguna presión y voluntariamente y sin ningún incentivo.

Firma: _____

Nombre (letra de molde) _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO

Yo doy por este medio el consentimiento para la asistencia médica de la emergencia prescrita por un doctor de la medicina debido licenciado o el doctor de la odontología. Este cuidado puede ser dado debajo cualesquiera condiciones son necesarias preservar mi vida, miembro o bienestar.

Firma: _____ Fecha _____

PARA EL USO DE LA OFICINA:		
CASH \$ _____	TEAM NAME _____	<u>REGISTRATION OR MEMBER TYPE:</u>
CHECK# _____	DIVISION _____	NEW _____ # _____
VISA/MC _____	SESSION _____	RENEWAL _____ # _____
AMOUNT PAID _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">RETURN COMPLETED FORM ALONG WITH PAYMENT TO:</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0; text-align: center;">SOCCER CENTRAL P.O. BOX 1200 WATSONVILLE, CA 95077</p> </div>	DAY PASS _____ # _____
DATE ENTERED _____	DATE PRINTED _____	STAFF INITIALS _____