FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

STYSA

Asociación de Fútbol Juvenil del Sur de Tejas

DINERO PAGADO

Asociación de Fútbol Juvenil de los Estados Unidos

División Juvenil de la Federación de Fútbol de los Estados Unidos (USSF) y de la Federación Internacional de Fútbol (FIFA)

Código Del Equipo ☐☐ Asociación ☐☐ Club ☐ Nivel ☐ Sexo ☐☐ Edad ☐☐☐ Número del Equipo

Nombre del Equipo _____ Edad de Grupo _____

_____ I.D.# _____

Use solo los nombres del Certificado de Nacimiento

_____
Apellido Nombre Inicial Apodo

Domicilio

_____

( ) Teléfono de casa ( ) Teléfono durante el día para adultos

Fecha de Naci-miento ___/___/___ Mes Día Año Verificado por ☐

☐ Hombre ☐ Mujer

☐ Jugador ☐ Entrenador ☐ Asist. del Entrenador ☐ Otror

☐ Nivel de Licencia del Entrenador

Nombre del Padre_____ Ocupación_____ Télefono de Trabajo_____

Nombre de la Madre_____ Ocupación_____ Télefono de Trabajo_____

Liste cualquier problema medico o prohibición que el jugador tenga_____

Persona a contactar en caso de emergencia_____ Teléfono _____

Doctor a contactar en caso de emergencia_____

Número Temporadas jugadas_____ Último Equipo_____ Última Liga_____ Fecha de la Última temporada_____ 19 _____

Altura_____ Peso_____ Colegio_____ Grado_____

TALLA DEL UNIFORME

	NIÑO					ADULTO				
CAMISETA:	XS	S	M	L	XL	XS	S	M	L	XL
PANTALON:	XS	S	M	L	XL	XS	S	M	L	XL
CALCETINES:	XS	S	M	L	XL	XS	S	M	L	XL

Otros Niños en la Familia Presentes en la Liga _____ Edad _____ _____ Edad _____ _____ Edad _____

Yo, como padre/tutor del que se registra, un menor de edad, asegura que el que se registra y yo mismo cumpliremos las reglas de la STYSA y de sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de una lesión física asociada al fútbol y con la consideración de USYSA, de aceptar al que se regitra para los programas y actividades de fútbol. Yo, por la presente, libero, eximo de cualquier tipo de indeminzación a STYSA, a sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, a sus empleados y a su personal asociado, incluyendo a los propietarios de los campos e instalaciones utilizadas para las actividades, por parte o en nombre del registrado como resultado de la participación y transporte del mismo a dichas actividades, transporte que por la presente autorizo.

Nombre _____
Padre/tutor legal (por favor escriba en letra imprenta)

Firma ___X_____Fecha_____

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

Como padre o tutor legal del jugador arriba nombrado, por la presente, doy consentimiento para que se le administre cuidado médico de urgencia otorgado adecuadamente por un doctor titulado en medicina o en odontología. Este cuidado puede ser otorgado bajo cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, las extremidades o el bienestar de la persona a mi cargo.

Firma del padre o tutor:

X_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado_____C.Postal_____

Teléfono de casa_____ Trabajo_____

COLABORACIÓN DE LOS PADRES

Pedimos colaboración active de todos los padres en nuestro pograma. Marque las area(s) en las que estaría dispuesto a ayudar.

- ☐ Entrenador
- ☐ Asistente de Entrenador
- ☐ Gerente de Equipo
- ☐ Padre de Equipo
- ☐ Proyectos Especiales
- ☐ Preparación de Campos
- ☐ Miembro de la Junta
- ☐ Publicidad
- ☐ Comité
- ☐ Arbitro
- ☐ Recaudador deFondos
- ☐ Trabajo de Oficina
- ☐ Reportero
- ☐ Hoja Informativa
- ☐ Concesión
- ☐ Donante

Otros:_____

OFFICIAL USE ONLY Picture Received ☐ Yes ☐ No
Birthdate Verified ☐ Yes ☐ No

Registration Fees:
Player Fee ---------- $_____
Coach's Fee---------- $_____ Received By
Other---------- $_____ Date
TOTAL $_____
☐ Cash $_____
Check No. _____ $_____