Liga y Oficina de Sports City

MEMBRESÍA DE MENORES & EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES: 17 años y menores

DEBE PRESENTAR PRUEBA DE EDAD PARA REGISTRARSE EN LIGA DE MENORES

Uso de Oficina: # DE MIEMBRO	**PAGO $**	**FECHA**	**GERENTE.**

INFORMACIÓN DE JUGADOR a ser completada por un Padre/Representante Legal. Favor de ESCRIBIR:

MENOR #1 NOMBRE_____ **APELLIDO**_____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ (AÑO / MES / DIA) **SEXO** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

MENOR #2 NOMBRE_____ **APELLIDO**_____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **SEXO** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

INFORMACIÓN DEL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL a ser completada por el Padre/Representante Legal. Favor de ESCRIBIR:

NOMBRE_____ **APELLIDO**_____

DIRECCIÓN_____

CIUDAD_____ **CÓDIGO POSTAL**_____

TELÉFONO (DIA)_____ **TELÉFONO (TARDE)**_____ **CELULAR**_____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ (AÑO / MES / DÍA) **SEXO** ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

CORREO ELECTRÓNICO (para recibir horarios, recibos, recordatorios de juegos, etc.)_____

CONTACTO DE EMERGENCIA_____ **TELÉFONO DE EMERGENCIA**_____

¿Su hijo tiene seguro medico actualmente? ☐ **SI** ☐ **NO**

ACUERDO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES/LESIONES:

YO, EL PADRE/REPRESENTANTE LEGAL DEL JUGADOR QUE SE REGISTRA, UN MENOR, CONOZCO LA NATURALEZA DE SOCER INTERIOR/EXTERIOR. ENTIENDO QUE AL PARTICIPAR EN SOCCER INTERIOR/EXTERIOR PUEDE SER PELIGROSO Y ACEPTO (ACEPTAMOS) LOS RIESGOS DE LESIONES O MUERTE.

ACEPTO (ACEPTAMOS) QUE SPORTS CITY SOLAMENTE PROVEE LA OPORTUNIDAD DE UTILIZAR INSTALACIONES ATLÉTICAS BAJO TECHO/AL AIRE LIBRE. ACEPTO (ACEPTAMOS) QUE SPORTS CITY NO PROVEE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO. EN CONSIDERACIÓN PARA EL PRIVILEGIO DE UTILIZAR ESTAS INSTALACIONES ESTOY (ESTAMOS) DE ACUERDO EN ASUMIR TODOS LOS RIESGOS Y LIBERO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A SPORTS CITY, EL PERSONAL, AGENTES, DUEÑOS, OFICIALES, DUEÑOS DE LA PROPIEDAD, DIRECTORES DE LIGA, FUNCIONARIOS, PATROCINADORES O CUALQUIER PERSONA INVOLUCRADA EN LAS INSTALACIONES DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, NEGLIGENCIA, CAUSAS DE ACCIÓN, RECLAMO, DEMANDA Y DAÑOS DE CUALQUIER TIPO QUE PUEDAN SURGIR DE MI PARTICIPACIÓN EN CUALQUIERA Y TODAS DE LAS ACTIVIDADES EN ESTAS INSTALACIONES.

ME ASEGURARÉ (NOS ASEGURAREMOS) DE QUE LA PERSONA QUE SE REGISTRE SE FAMILIARICE CON LAS REGLAS DEL JUEGO Y DE LAS INSTALACIONES Y SE COMPROMETE A CONTROLARSE DURANTE LOS JUEGOS PARA EVITAR LESIONES A SU PERSONA Y A OTROS AL UTILIZAR LAS INSTALACIONES. ENTIENDO (ENTENDEMOS) QUE LA MEMBRESÍA Y/O PRIVILEGIOS DE PARTICIPACIÓN PUEDEN SER RETIRADOS SEGÚN ESCRITO EN LA FORMA DE ACUERDO EQUIPO/JUGADOR Y ES NO-REEMBOLSABLE Y NO-TRANSFERIBLE. ACEPTO (ACEPTAMOS) CUALQUIERA Y TODOS LOS RIESGOS SEGÚN LO DESCRITO ANTERIORMENTE Y ESTOY DE ACUERDO CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN.

FAVOR DE ESCRIBIR SU INICIAL SI SU HIJO(A) SE LE PERMITIRÁ PARTICIPAR EN LIGAS DE ADULTOS (_____).

PADRE/REPRESENTANTE LEGAL: Nombre (Escribir)_____

Firma_____ Fecha_____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO (MENOR):

Como el padre o representante legal del jugador nombrado en esta forma, doy consentimiento para que se le de tratamiento médico de emergencia por parte de un Doctor con licencia de Médico o Dentista. Este cuidado puede darse bajo cualquier condición dada según sea necesario para salvar la vida, parte del cuerpo o bienestar de mi dependiente.

Firma_____ Fecha_____

LA MEMBRESÍA ES NO-REEMBOLSABLE Y NO-TRANSFERIBLE **(REV. 5-MAY-10)**