



## Formulario de Membresía de la Asociación de Fútbol de Arizona

Grupo de edad U- \_\_\_\_\_

Club: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_

### Información del jugador

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: AZ  
CEPOSTAL: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (círculo uno): Hombre, mujer

Nombre y apellido del padre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre: \_\_\_\_\_ Mejor número para contactar  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de la madre: \_\_\_\_\_ Mejor número para  
contactar \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tutor Legal Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de Guardian: \_\_\_\_\_ Mejor número para contactar  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Enumera cualquier problema médico o prohibición de jugador:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona a avisar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono Number \_\_\_\_ /  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

El médico debe avisar en urgencias: \_\_\_\_\_ Llamar Number \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_



*\*Este formulario puede reproducirse; sin embargo, la información de la sección "IMPORTANTE" debe incluirse.*

### **IMPORTANTE**

Los jugadores que se transfieran de un club a otro después del 1 de noviembre no serán elegibles para participar con el nuevo equipo del club tanto en la Arizona Presidents Cup como en la State Cup durante ese año estacional. Un traslado se define como el proceso por el cual un jugador cambia de afiliación a un club, pasando de un club y volviendo a registrarse en un equipo dentro de otro club dentro del mismo año estacional.

Yo, padre/tutor del jugador mencionado a continuación, menor de edad, acepto que yo y el jugador cumpliremos con las normas y reglamentos de USYSA, sus organizaciones afiliadas y sus patrocinadores ("Partes USYSA"). En consideración a la participación del jugador en los programas y actividades de fútbol de las Fiestas USYSA ("los programas"), yo, por mí mismo y el jugador y nuestros respectivos herederos, administrador y sucesores, con la intención de estar legalmente vinculado, por la presente libero e indemnizo a las Partes USYSA, los propietarios y operadores de las instalaciones utilizadas para los Programas, y sus respectivos directores, funcionarios, empleados, agentes y representantes de y contra todas las reclamaciones, responsabilidades, daños o causas de acción derivadas de o en relación con la participación del jugador en los Programas, incluyendo, sin limitación, el transporte del jugador

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO (MENOR)**

Solicito que, en mi ausencia, el jugador mencionado sea ingresado en cualquier hospital o centro médico para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a médicos, dentistas, enfermeros y otros proveedores médicos, debidamente autorizados por la entidad licenciada correspondiente, a realizar cualquier diagnóstico, tratamiento o procedimiento quirúrgico que se considere médicamente necesario para preservar la vida, la integridad o el bienestar del jugador mencionado. Además, y SOLO para las necesidades médicas específicas mencionadas, autorizo y solicito, en mi ausencia, que el entrenador, el personal de la oficina de la ASA u otros agentes(es) de la Asociación de Fútbol de Arizona proporcionen transporte para el jugador mencionado según sea necesario hacia y desde las actividades patrocinadas por la ASA, incluyendo, pero no limitándose a eventos deportivos y sociales. No se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados del examen o tratamiento. También autorizo al hospital o centro médico a deshacerse de cualquier muestra o tejido tomado del jugador mencionado anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CÓDIGO Postal: \_\_\_\_\_