



For official use only.	
Birth Certificate verified:	_____
Registration Paid:	_____
Team age:	<u> U </u>

Soccer Registration/Medical Release Form

Child's Name/Nombre: _____

Birth Date/Fecha de Nacimiento: ___/___/___ School/Escuela: _____

Email: _____@_____.com

Parents/Guardian/Padre(s): _____

Cell Phone: (_____) _____ Home Phone/Teléfono (_____) _____

Mailing Address/Dirección Postal: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado _____ Zip/Código Postal: _____

Years of Experience/Años de Experiencia: _____ Age/Edad: _____ Grade/Grado: _____

Male/Niño Female/Niña Would you like to coach a team? YES NO

SIZES/TALLAS:

T-Shirt/Camiseta :



YXS(3-5) YS(6-8) YM(10-12) YL(12-14) AS AM AL

Shorts/Chores:



YXS(3-5) YS(6-8) YM(10-12) YL(12-14) AS AM AL

Emergency Contact/Contacto De Emergencia:

_____ Phone/teléfono: (____) _____

Medical Info/Información Medica:

Family Physician/doctor: _____ Phone/Teléfono: (____) _____

Known allergies/alergias conocidas:

Medical problems due to a medical condition/problemas médicos?:

Insurance Info/Información del seguro medico:

Policy Holder/Persona que tiene el seguro: _____

Policy Number/Numero de Póliza: # _____

Insurance Name/Nombre del a compañía de seguro: _____

As the parent/legal guardian, I request that in my absence, the above-named player may be admitted to any hospital or medical facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists, and staff, duly licensed as Doctors of Medicine or Doctors of Dentistry or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment. I authorize the hospital or medical facility to dispose of any specimen or tissue taken from the above-named player.

Como el padre/el guardián, solicito que en mi ausencia, el jugador/a pueda ser admitido a cualquier hospital o facilidad médica para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a médicos, dentistas, y personal debidamente titulado u otros tales como técnicos o enfermeras tituladas que puedan realizar cualquier procedimiento de diagnóstico, tratamiento, procedimientos operativos y radiografías del menor de edad antedicho. Autorizo al hospital o facilidad médica disponer de cualquier espécimen o tejido fino tomado del jugador/a.

Signature of Parent/Firma: _____ Date/Fecha _____/_____/_____