



ApacheFutsal

Rohnert Park
ApacheFutsal.org
ApacheFutsal@gmail.com
(707)285-7082.

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M/F

Domicilio: _____ Ciudad/CP.: _____

Teléfono de casa: _____ Celular : _____

Correo electrónico : _____

2º Correo electronico: _____

Nivel de futbol:	<input type="checkbox"/>	Niños - Instructivo (6-9)	_____ Aire libre
	<input type="checkbox"/>	Niños -Recreacional (8-12)	_____ Interior de pared
	<input type="checkbox"/>	Adolescentes - Competitivo(12--	_____ Futsal
	<input type="checkbox"/>	Adulto -Recreacional (16+)	

16) **Años de jugar futbol:**

Este jugador solicita* participar en el mismo equipo que: _____

*Todos los jugadores de Apache Futsal serán organizados en equipos aleatorizados dependiendo de su calidad de juego. Creemos en ofrecer un ambiente sano y balanceado para asegurar calidad de juego y diversión. Jugadores pueden solicitar una persona con quien jugar en el mismo equipo, de tal manera, solo familiares serán asegurados participación junta.

Talla de camisa: (Circula UNA)

Joven **MED** Joven **LG** Adulto **Ch** Adulto **MED** Adulto **LG** Adulto **XL**

~Los Voluntarios hacen la diferencia!~ Ofrecemos amplias oportunidades para nuestros voluntarios y son bienvenidos a quienes gustan aportar a nuestro mundo de futsal. De tal manera, también ofrecemos servicios comunitarios para los adolescentes.

Eres un (jugador/padre/otro) interesado de alguna de las posiciones? (seleccione)

~Mesa directiva ~Entrenador ~Arbitro ~Marco de puntuación

~Equipo de instalación ~equipo de promoción

~otro - _____

FORMULARIO DE EMERGENCIA

Asma: SI NO ~~~ Si tiene asma, por favor traiga su inhalador a cada juego .

Lesión (es) anteriores que podrán afectar su capacidad de jugar: _____

Condiciones medicas : _____

Contactos de Emergencia: (JUGADORES DEBEN LLENAR ESTA PORCIÓN)

Nombre de Doctor: _____ Teléfono: _____

1er Contacto : _____ Teléfono: _____

2º Contacto : _____ Teléfono: _____

SOLAMENTE PARA MENORES

Padre: _____ M/F Teléfono: _____

Madre: _____ M/F Teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ M/F Teléfono: _____

*****CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO *****

Como el padre/guardián de el jugador nombrado, yo doy mi consentimiento para que den tratamiento de emergencia medica, prescrito por un Doctor de Medicina o Dentista debidamente licenciado. Tal cuidado podrá ser dado bajo cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, miembro, o el bienestar de mi dependiente.

Firma: _____

Clausula: Yo, el registrante, o padre/guardián de el registrado, aceptamos que el registrante y yo seguiremos las reglas de USFF, Apache Futsal, patrocinadores, y organizaciones asociadas. Reconocemos la posibilidad de lesiones asociadas con futsal, y en consideración de la USFF aceptando el Registrante para su programa de futsal y actividad (el "Programa"), yo por este medio libero, y descargo el USSF, organizaciones afiliadas, patrocinadores, sus empleados, y miembros asociados, incluyendo los dueños de la facilidad en que operamos el Programa, de cualquier reclamo en o en parte de el Registrado por danos resultados por participación de nuestro Programa y/o por ser transportado a o de el programa, de cual yo autorizo.

Nombre del Registrado o Guardian: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

USO OFICIAL SOLAMENTE

Cobro de Registro: _____ Monto Pagado: _____ Recibo #: _____

Liga: I / R / C / A Edad: _____ Entrenador: _____ Comentario: _____

**** NO se devuelve dinero después de el primer partido jugado;
TODO DINERO DEVUELTO TIENE COBRO DE \$15 PARA CUBRIR COSTOS**