



## South St. Paul Youth Soccer Association

[www.sspysa.org](http://www.sspysa.org)



**IMPORTANTE:** Por favor completar y enviar el formulario al club con el cual Usted se está inscribiendo, no a MYSA. Únicamente jugadores participando en US Youth Soccer Minnesota State Cup o en un torneo fuera del Estado tienen que autenticar este formulario por Notario, a no ser que sea un requisito de su club.

### INFORMACIÓN MÉDICA / RESPONSABILIDAD

Nombre del Jugador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_ Tel Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_ Tel Trabajo: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Otra Condición Médica: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

Médico del Jugador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia, cuando el padre/guardián no pueda ser localizado, por favor ponerse en contacto con:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_ Tel Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_ Tel Trabajo: \_\_\_\_\_

### PERMISO DEL JUGADOR O DEL PADRE/GUARDIÁN

Yo, como jugador mayor de edad, o el padre/guardián del inscrito jugador menor de edad, estoy de acuerdo con cumplir las reglas de la Minnesota Youth Soccer Association (MYSA), US Youth Soccer y sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de una lesión física asociada con el fútbol y en consideración de que MYSA y US Youth Soccer hayan aceptado a este jugador para sus programas de fútbol y actividades, por el presente yo libero, descargo y/o de alguna otra manera indemnizo a MYSA, US Youth Soccer y sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, sus empleados y personal asociado, incluyendo a los dueños de las canchas e instalaciones utilizadas para los programas, contra cualquier reclamo por o en nombre del inscrito como resultado de la participación del inscrito en el programa y/o al ser transportado hasta o desde el mismo, cuyo transporte yo con el presente autorizo.

Jugador Mayor de Edad o Padre/Guardián Legal del Jugador Menor de Edad (Letra Manuscrita): \_\_\_\_\_

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

### PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Como el jugador mayor de edad o el padre/guardián de un participante menor de edad en programas de MYSA/US Youth Soccer, yo con el presente doy mi permiso para tratamiento médico de emergencia ofrecido por un Doctor en Medicina debidamente licenciado o Doctor en Dentistería. Este tratamiento puede ser ofrecido bajo las condiciones que sean necesarias para salvar la vida, extremidad o el bienestar del jugador.

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



#### Players

1. **S**portsmanship is #1
2. **O**pen yourself up to new friends and skills.
3. **C**ommit to the time and training needed.
4. **C**onsider your coach's input.
5. **E**ncourage your teammates.
6. **R**espect everyone: coaches, teammates, officials, opponents.

#### Parents

1. **S**portsmanship is #1.
2. **O**ffer to help wherever needed.
3. **C**ommit to your child and the team.
4. **C**oach less, cheer more!
5. **E**ncourage all players on the field.
5. **R**espect everyone: coaches, all players, officials.

Player Signature: \_\_\_\_\_

Parent: \_\_\_\_\_

Parent: \_\_\_\_\_