

Mamaroneck Junior Soccer League

Soccer Recreacional Formulario de Registro-Otoño 2009



**PRECIO DE REGISTRACION ES DE \$85 POR JUGADOR.
\$20 PRECIO DE REGISTRACION TARDE DESPUES DEL 30 DE JUNIO.**

REGISTRESE POR CORREO ELECTRONICO EN WWW.MJSJL.ORG

**SI ENVIA UN CHEQUE, HAGALO A NOMBRE DE 'MJSJL' Y ENVIELO A:
MJSJL, P.O. BOX 221, MAMARONECK, NY 10543**

**REGISTRACION EN PERSONA TENDRA LUGAR EL SABADO 16 DE MAYO DE 10:00 AM - 1:00
EN MAMARONECK AVENUE SCHOOL.**

Apellido _____ Nombre _____ Sexo M _____ F _____

Direccion _____

Ciudad _____ Codigo Postal _____

Telefono (____) _____ - _____ Direccion de Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento _____ Grado en Sept 2009 _____ Escuela Atendiendo en Sept 2009 _____

Nombre del Padre _____ Tel. Celular _ (____) _____ - _____ Tel. Trabajo (____) ____ - _____

Nombre de la Madre _____ Tel. Celular _ (____) _____ - _____ Tel. Trabajo _ (____) ____ - _____

Contacto de Emergencia _____ Telefono del Contacto de Emergencia _____

Doctor _____ Telefono del Doctor _____

Enumere cualquier problema medico o impedimento del jugador _____

Enumere cualquier alergia _____ Medicacion que este tomando _____

Estaria interesado/a en ser voluntario para:

Entrenador _____ Asistente del Entrenador _____ Director del Equipo _____ Voluntario de MJSJL _____

Grado y sexo del equipo que le gustaria entrenar _____

Nombre del Padre _____ Direccion de Correo Electronico _____

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Yo, Padre o guardián del registrante, doy mi consentimiento de que el registrante y todos los miembros de mi familia van a obedecer las reglas del Mamaroneck Junior Soccer League (MJSJL), las organizaciones afiliadas y los patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de lesión asociada con el soccer y en consideración por el MJSJL quien acepta al registrante para sus programas y actividades de soccer, yo por este medio absuelvo, descargo y/o indemnizo al MJSJL, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, sus empleados y personal asociado, incluyendo los propietarios de los campos y facilidades utilizadas para los programas y al pueblo de Mamaroneck, contra cualquier reclamo por o departe del registrante como resultado de la participación del registrante en el programa y/o el transporte a o desde, cuyo transporte yo autorizo. También asumo responsabilidad financiera por cualquier tratamiento médico a mi hijo/a. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO Como padre/guardián del registrante, por este medio doy mi consentimiento para tratamiento médico de emergencia ordenado por un médico licenciado en medicina o un dentista. Este cuidado puede ser dado en cualquiera sean las condiciones necesarias para preservar la vida, miembro o bienestar de mi dependiente.

Firma de Padre o guardián (Requerida) _____ Fecha _____