



Vienna Youth Soccer
Formulario de Autorización Médica

Nombre del participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo (M o F): _____

Dirección: _____

Nombre del Padre (s): _____

Telefono de Casa #: _____

Celular Padre #: _____

Email Padre: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Contacto de Emergencia #: _____

Compañía de Seguros: _____

Número de ID: _____

Las preocupaciones médicas incluyendo alergias y medicamentos:

Exención de responsabilidad: Mi hijo está bien de salud y tiene permiso para participar en todas las actividades de formación, prácticas y juegos. En caso de lesión grave o de emergencia, doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico. Vienna Youth Soccer no asume ninguna responsabilidad y no será responsable de ningún accidente que resulte en gastos médicos, dentales o cualquier otro. Cada niño participante tiene la obligación de llevar cobertura de seguro médico personal y entiende los riesgos involucrados en jugar fútbol competitivo.

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Undo edits

