



Capitol Area Youth Soccer Association
P.O. Box 352
Manor, TX 78653
(512) 302-4580 office; (512) 302-0686 fax
admin@caysa.org

JUGADOR INVITADO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Use solo el nombre en el certificado de nacimiento

Apellido	Nombre de pila	Inicial del Segundo nombre	Apodo (si lo hay)		
Direccion	Cuidad		Estado	Codigo	
Telefono Casa	Telefono Celular	Telefono Trabajo			
Direccion E-mail			Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
			Mes	Día	Año

Nombre Padre _____ Telefono Trabajo _____

Nombre Madre _____ Telefono Trabajo _____

Enumerar cualquier problema médico o prohibición que el jugador tenga _____

Altura _____ Peso _____ Colegio _____ Grado _____

Persona para notificar en caso de emergencia _____ Telefono _____

Médico para notificar en caso de emergencia _____ Telefono _____

Yo, el padre / tutor del solicitante de registro, menor de edad, estoy de acuerdo en que yo y el solicitante de registro cumpliremos con las reglas de la Asociación de Fútbol Juvenil del Área del Capitolio (CAYSA), sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de lesiones físicas asociadas con el fútbol y en consideración por el CAYSA aceptando al registrante para sus programas y actividades de fútbol (los "Programas"), por la presente, libero, despido y / o indemnizo a CAYSA, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, sus empleados y personal asociado, incluidos los propietarios de los campos y las instalaciones utilizadas para los Programas, contra cualquier reclamo realizado por o en nombre del registrante como resultado de la participación del registrante en los Programas y / o ser transportado hacia o desde el mismo, transporte que por este medio autorizo..

Nombre impreso del padre o tutor legal _____

Firma X _____ Fecha _____

AUTHORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

Yo, como padre o tutor legal del jugador mencionado anteriormente, doy mi consentimiento por la atención médica de emergencia recetada por un Doctor en Medicina o Doctor en Odontología debidamente autorizado. Este cuidado puede administrarse bajo las condiciones necesarias para preservar la vida, la integridad física o el bienestar de mi dependiente.

X _____

Firma del padre o tutor legal _____

Direccion _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____

Telefono Casa _____ Celular _____