



| Información del participante | | | |
|---|-----------------|----------------|---|
| Nombre: | | Apodo: | |
| Fecha de Nacimiento: | Nivel de Grado: | Sexo: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Étnica: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena-Americano/Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Nombre de la Escuela: | | | |
| Marque la casilla que mejor describe el nivel de experiencia de futbol del niño: <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> principiante <input type="checkbox"/> intermedia <input type="checkbox"/> advanced | | | |
| ¿Ha participado su hijo (a) en un programa de Soccer for Success en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿Recibe su hijo (a) almuerzo gratis/costo reducido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| Tiene su hijo (a) permiso para caminar, irse en bicicleta y/o transporte público por su cuenta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| Por favor indique si sufre de alguna alergia y/o condición médica: | | | |
| Información de Padre(s) | | | |
| Nombre: | | | |
| Dirección: | | Teléfono 1: | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: | Teléfono 2: |
| Correo Electrónico: | | Teléfono 3: | |
| Relación al niño (a): <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Hermano/Hermana | | | |
| Esta usted en la Milicia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿Deseas participar en el programa como un voluntario?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| ¿En qué capacidad? <input type="checkbox"/> Entrenamiento <input type="checkbox"/> Eventos <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Contacto en caso de Emergencia (Otro que no sea Padre/Tutor Legal) | | | |
| Nombre: | | | |
| Relación al niño(a): | | | |
| Teléfono 1: | Teléfono 2: | Teléfono 3: | |
| ¿Esta persona está autorizada para recoger su hijo (a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |
| Contacto Secundario en caso de Emergencia: | | | |
| Nombre: | | | |
| Relación al niño(a): | | | |
| Teléfono 1: | Teléfono 2: | Teléfono 3: | |
| ¿Esta persona está autorizada para recoger a su hijo (a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |

Yo/nosotros padre (s)/tutor legal del nombrado participante, acuerdo lo siguiente: 1) Da permiso a ReIMAGINE Mack Road Foundation y la U. S. Soccer Foundation para recopilar y registrar datos, incluso el Índice de Masa de Cuerpo (BMI) el peso y la altura y el contorno de la cintura/cuello, de mi niño (a) con el entendimiento de que toda la información obtenida permanecerá en privado, y que cualquier divulgación publicada un informe serán agrupados juntos con otros participantes de este programa y que mi niño(a) no será individualmente identificado por su respuesta. Sólo el personal autorizado por la U.S. Soccer Foundation tiene acceso a sus respuestas. 2) Autorizo la liberación de datos e información recolectada por la escuela (s) actual o anteriores de mi niño(a) para verificar la información y utilizar dicha información para el grupo que hace el informe con el entendimiento que sólo el personal autorizado por la U. S. Soccer Foundation y ReIMAGINE Mack Road Foundation tendrán acceso a la información. Por este medio certifico que las declaraciones en esta aplicación son correctas y verdaderas.

Firma de Padre

Fecha

Nombre de Padre (LETRAS)



Exoneración de Modelaje y Autorización a Vídeo/Fotografía

Como padre/guardián del niño(s), por este medio doy mi autorización a la U. S. Soccer Foundation, y sus agentes, incluyendo cualquier agencia publicitaria, para usar y licenciar a terceros el usar el nombre del niño(s), voz grabada, imagen, foto(s) o semejanza de audio, vídeo o fotográfica en vivo o registrada u otra transmisión con el objetivos de promoción y publicidad en relación al programa Soccer for Success y cualquier futuro acontecimiento de U. S. Soccer Foundation o programas.

HE LEÍDO, Y ENTIENDO, Y VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTA EXONERACION DE MODELAJE Y AUTORIZACIÓN DE VÍDEO/FOTOGRAFÍA.

Nombre del Padre/Guardián (Letras de imprenta)

Nombre del Niño (Letras de imprenta)

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Acuerdo de Exención/Renuncia/Indemnidad

Yo, el suscrito, entiendo que la participación en el programa llamado (“Soccer for Success”) del programa “Soccer for Success” de la U.S. Soccer Foundation implica ciertos riesgos inherentes de lesión o daño personal o corporal, a pesar de todas las medidas de seguridad tomadas por el U.S. Soccer Foundation y sus operadores. Por lo tanto, como padre/madre y/o responsable legal, asumiré todos los riesgos, lesiones o enfermedades, que mi(s) hijo(s) puedan incurrir durante la participación en cualquier actividad o uso de las instalaciones asociadas con el programa Soccer for Success. En caso de que mi(s) hijo(s) necesiten tratamiento médico debido a un accidente o lesión o debido a causas naturales mientras esta registrado y participando en el programa Soccer for Success, autorizo al personal y operadores de la U.S. Soccer Foundation para tomar las medidas necesarias para atender a mi(s) hijo(s). Por este medio doy permiso al personal y operadores de la U.S. Soccer Foundation para ejercer su mejor criterio para obtener tratamiento médico de emergencia para mi(s) hijo(s) y adicionalmente ponerse en contacto conmigo, hasta donde estén capacitados. Certifico que mi(s) hijo(s) está/están totalmente cubierto por una póliza de seguro médico y que soy totalmente responsable de todos los gastos ocasionados y relacionados al tratamiento médico o dental considerado necesario por el personal y operadores de U.S. Soccer Foundation.

Firmando este documento, reconozco que estoy consciente de los potenciales riesgos de la participación en cualquier actividad o uso de las instalaciones asociadas con el programa Soccer for Success, y de ninguna manera hago a la U.S. Soccer Foundation, a su respectiva matriz, a su subsidiarias o filiales, o a sus respectivas gerencias, agentes, empleados, directores, funcionarios, agentes, voluntarios o a la instalación o a sus operadores, entrenadores, funcionarios, o anunciantes, (Individualmente y Colectivamente, las “Partes Eximidas”), responsable de cualquier lesión que mi hijo (s) puede sustentar. **YO, PARA MÍ, MI CÓNYUGE Y MI(S) HIJO(S), ADICIONALMENTE LIBERO, EXONERO, INDEMNIZO, Y SOSTENGO A LAS PARTES EXIMIDAS INOCUOS CONTRA CUALQUIER RECLAMO O DEMANDA POR LESIÓN O MUERTE DE MI HIJO (S) EN CONECCIÓN CON CUALQUIER Y TODAS LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS.**

HE LEÍDO, Y ENTIENDO, Y FIRMO VOLUNTARIAMENTE ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN/ RENUNCIA / INDEMNIDAD MÉDICA.

Nombre del padre/madre/responsable legal
(Completar en letra de imprenta)

Nombre del hijo(a)

Firma del padre/madre/responsable legal

Fecha