



US Club Soccer - FORM R002 | 2026-2027 Season

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA JUGADORES JUVENILES

Este formulario debe permanecer con el club durante al menos cinco (5) años o hasta que el jugador tenga 18 años, lo que ocurra después.

Nombre del Club: San Pablo United YSC Ciudad: San Pablo Estado: CA

Por la presente, doy consentimiento al club anteriormente nombrado a registrarme con US Club Soccer. Entiendo que en cualquier momento puedo estar registrado con sólo uno de los clubes miembros de US Club Soccer. [Nota: No es necesario rellenar este formulario en cuanto el jugador siga con este club.] El formulario permanecerá con el club, a no ser que US Club Soccer lo solicite.

Firma del jugador Fecha Firma del padre/tutor Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA DEL JUGADOR

Nombre del jugador: Día de nacimiento: Género: ☐ Female ☐ Male

Dirección: Ciudad:

Estado: Código Postal: Email:

Nombre del Padre: Teléfono (Casa): () Teléfono (Trabajo): ()

Email: Celular: () ¿Recibe texto/SMS? ☐ Si ☐ No

Nombre de la Madre: Teléfono (Casa): () Teléfono (Trabajo): ()

Email: Celular: () ¿Recibe texto/SMS? ☐ Si ☐ No

En el caso de emergencia cuando no se puede contactar con el padre/tutor, por favor, llame:

Nombre: Teléfono 1: () Teléfono 2: ()

Nombre: Teléfono 1: () Teléfono 2: ()

Por favor haga una lista de alergias:

Por favor, haga una lista de otras condiciones médicas:

Médico: Teléfono 1: () Teléfono 2: ()

Compañía de seguros médicos: Teléfono: ()

Titular de la póliza: Número de póliza:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD

Por la presente, doy consentimientos a que los entrenadores físicos, los entrenadores técnicos, los gerentes, los directores médicos, los técnicos de emergencia médica, los enfermeros, las instalaciones de tratamientos médicos, y/o el doctor de medicina o de odontología, o personal asociado, proporcionen asistencia médica y/o tratamiento al participante y me comprometo ser financieramente responsable por todos los gastos de cualquier asistencia y/o tratamiento. Entiendo que el tratamiento de lesiones se basará en la información de este formulario. Por la presente, autorizo la transportación de urgencias del participante a la instalación de tratamientos médicos cuando cualquier individuo anteriormente mencionado considere que es necesario. Reconozco la posibilidad de daños físicos asociados con el fútbol, y por este medio libero, descargo, y de cualquier manera, indemnizo a mi club y a mi equipo, US Club Soccer, sus patrocinadores, US Soccer Federation y las organizaciones afiliadas, y los empleados y personal asociado con dichas organizaciones, contra cualquier demanda legal del jugador como resultado de la participación del jugador en los programas de US Club Soccer y/o en el transporte desde y a cualquier de estos programas, que por la presente también autorizo.

ACEPTO Y ESTOY DE ACUERDO: Por la presente, acepto y estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones establecidos en este Formulario de Información del Jugador, Autorización para Tratamiento Médico, Exención/Liberación de Responsabilidad, Formulario de Consentimiento y el **Código de Conducta de San Pablo United Youth Soccer Club (SPUYSC)**. Reconozco que he leído, comprendido y acepto cumplir con todas las políticas, reglas y expectativas establecidas en dichos documentos.

Firma: Fecha: Relación al jugador: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor