



# Asociación De Futbol Juvenil De Wisconsin

## Formulario De Membresia

### Temporada 2023-2024



<b>PLAYER INFORMATION</b>	Nombre: _____ I.S.N. _____ Apellido: _____	
	Fecha De Nacimiento (MM/DD/AA): _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Club: _____ Programa: _____ Categoría: U _____	
	Escuela (durante temporada): _____ Grado: _____ Equipo Anterior: _____	
	Solicitud De Equipo/Amigo/Entrenador: _____	
	Contacto De Emergencia: _____ Número De Teléfono: _____	
	Doctor: _____ Número De Teléfono: _____	
Condiciones Medicas: _____ Alergias: _____		

<b>GUARDIAN PRIMARIO</b>	Guardian: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro/Legal		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Seleccione áreas en las que pueda ayudar:  <input type="checkbox"/> Entrenador <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Gerente Del Equipo <input type="checkbox"/> Preparación de Campo <input type="checkbox"/> Puesto De Compras <input type="checkbox"/> Uniformes <input type="checkbox"/> Torneos/Eventos <input type="checkbox"/> Recaudaciones <input type="checkbox"/> Otro
	Nombre: _____ Apellido: _____				
	Domicilio: _____				
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
	Número De Teléfono: _____ Numero De Celular: _____				
	Empresa & Ocupación: _____				
	Numero De Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____				

<b>GUARDIAN SECUNDARIO</b>	Guardian: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro/Legal		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Seleccione áreas en las que pueda ayudar:  <input type="checkbox"/> Entrenador <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Gerente Del Equipo <input type="checkbox"/> Preparación de Campo <input type="checkbox"/> Puesto De Compras <input type="checkbox"/> Uniformes <input type="checkbox"/> Torneos/Eventos <input type="checkbox"/> Recaudaciones <input type="checkbox"/> Otro
	Nombre: _____ Apellido: _____				
	Domicilio: _____				
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____				
	Número De Teléfono: _____ Numero De Celular: _____				
	Empresa & Ocupación: _____				
	Numero De Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____				

***USO OFICIAL ***		
Date & Time: _____		
Club: _____		
Team: _____		
<input type="checkbox"/> Picture Received <input type="checkbox"/> Birth Doc Received <input type="checkbox"/> Birth Date Verified		
Registration Fees:		
	Amount	Payment Type
Reg Fee.....	\$ _____	_____
Other Fee....	\$ _____	_____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>	<b>_____</b>

IMPORTANT MEDICAL AND LIABILITY RELEASE – MUST BE SIGNED
<p>Reconociendo la posibilidad de lesión o enfermedad, y en consideración a que la Asociación Juvenil de Fútbol de Wisconsin (WYSA), US Youth Soccer y los miembros de US Youth Soccer acepten a mi hijo/hija como jugador en los programas y actividades de fútbol de la WYSA, US Youth Soccer y sus miembros (los "Programas"), doy mi consentimiento para que mi hijo/hija participe en los Programas. Además, liberó, descargo e indemnizo a WYSA, US Youth Soccer, sus organizaciones miembros y patrocinadores, sus empleados, personal asociado y voluntarios, incluyendo al propietario de los campos e instalaciones utilizadas para los Programas, contra cualquier reclamación por o en nombre de mi hijo/hija como resultado de la participación de mi hijo/hija en los Programas y/o de ser transportado hacia o desde los Programas, cuyo transporte autorizó. Mi hijo/hija ha sido sometido a un examen físico por un médico y ha sido considerado físicamente capaz de participar en los Programas. Doy mi consentimiento para que un entrenador deportivo y/o un doctor en medicina u odontología proporcione a mi hijo/hija asistencia y/o tratamiento médico y aceptó ser responsable económicamente del costo razonable de cada asistencia y/o tratamiento. Estoy de acuerdo en que si parece que mi hijo puede haber sufrido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que él o ella debe ser retirado de la competición hasta el momento en que un profesional médico capacitado pueda examinarlo y aprobar su regreso a jugar al fútbol. En tal caso, entiendo que debo proporcionar una autorización por escrito para que mi jugador vuelva a jugar al fútbol.</p> <p>Entiendo que una vez que a un jugador se le ha ofrecido un puesto en un equipo, ha aceptado un puesto en ese equipo y completa la inscripción, ese jugador está comprometido con el club para el año de temporada (8/1 - 7/31). La política de transferencia de jugadores de la WYSA</p> <p>La política de transferencia de jugadores de la WYSA también entra en vigor en este momento.</p> <p>Firma: _____ Date: _____</p> <p><b>Apéndice sólo para aquellos jugadores que hayan sufrido una posible conmoción cerebral o lesión en la cabeza:</b>        El (fecha) _____ jugador sufrió una posible conmoción cerebral o lesión en la cabeza. Ha sido examinado por un profesional médico capacitado y ha sido autorizado a participar en actividades futbolísticas a partir de hoy.        Firma del profesional médico: _____ Fecha: _____</p>