



Asociación De Futbol Juvenil De Wisconsin

Formulario De Membresia

Temporada 2025-2026



| | |
|--|---|
| PLAYER INFORMATION | 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: _____ | |

| | | |
|-------------------|--|---|
| GUARDIAN PRIMARIO | 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: _____ | |

| | | |
|---------------------|--|---|
| GUARDIAN SECUNDARIO | 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.... | \$ _____ | _____ |
| TOTAL | \$ _____ | _____ |

| 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>Apéndice sólo para aquellos jugadores que hayan sufrido una posible conmoción cerebral o lesión en la cabeza: 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> |