



PACIFIC COAST SOCCER LEAGUE

REGISTRO DE JUGADOR/PLAYER REGISTRATION FORM

7 VS 7

SUNDAY

3711 S. SAVIER RD SUITE "L" OXNARD CA 93033 (805)607-6965

Nombre Del Equipo/Team Name: _____

Division: _____

Nombre Del Jugador / Players Name : _____ Fecha De Nacimiento / Date Of Birth: _____

Dirección/ Address: _____ Apt# _____

Ciudad/ City: _____ Estado/State: CA Codigo Postal/ Zip Code: _____

Email: _____ Teléfono/Phone: () _____

Nombre de la asegunza del registrado/Insurance name _____

LEA ESTA FORMA ANTES DE FIRMARLA / BEFORE YOU SIGN THIS FORM, PLEASE READ IT CAREFULLY

1. IMPORTANTE / IMPORTANT

Yo , como jugador registrado estoy de acuerdo que respetaremos las reglas de la liga PCSL y sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de lesión física asociada con el soccer y Acepte al registrarme en sus programas de soccer y actividades, acepto no hacer ningun tipo de reclamo en contra de la liga PCSL y sus organizaciones, sus voluntarios, trabajadores y personal asociado, incluyendo los dueños de los campos y facilidades que la PCSL utiliza para sus programas y actividades.

As the player I agree that the registrant and will abide by the rules of PCSL Affiliated organizations and sponsors. Recognizing the possibility of physical injury associated with soccer and in consideration for PCSL accepting the registrant for its soccer program and activities. I hereby release, discharge and/or otherwise indemnify PCSL its affiliated organizations and sponsors, their employees and associated personnel, including the owner of fields and facilities utilized for the programs, against any claim by or on behalf of the registrant's participation in the programs and/or being transported to or from the same, witch transportation I hereby authorized.

2. CONCENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO (MENOR DE EDAD) / CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT (MINOR)

Yo , el padre/guardián del registrado, un menor de edad, doy mi consentimiento para que en caso de una emergencia un Doctor o un Dentista con licencia en el estado de California, de tratamiento médico al registrado con el fin de salvar su vida en caso de que corra peligro y no se me sea localizado.

As the parent/guardian of the registrant, a minor, I hereby give my consent for emergency medical care prescribed by a duty licensed Doctor of Medicine or a Doctor of Dentistry. This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb or well-being of my dependent.

3. CONDUCTA Y BUEN COMPORTAMIENTO / CONDUCT AND GOOD BEHAVIOR

Para poder ser aceptado en esta liga yo el registrado prometo mostrar buena conducta y respeto hacia cualquier persona que forma parte de la liga tales como, entrenadores, jugadores, árbitros, patrocinadores y directivos de la liga. Si la liga determina que la conducta de nosotros no es aceptable, entendemos que podríamos ser suspendidos de toda participación en los torneos y en futuros eventos realizados por la liga.

In order to be accepted in this league I as a player must show respect and good behavior to any person that is involved in this league such as, coaches, players, referees, sponsors and the league's directors, etc. If the league decides that your conduct is not appropriate, you and your child may be suspended from participating in the league's tournaments and future events.

Yo , el registrado entiendo que la información llenada en esta forma es correcta y verdadera y que no mentido o mal interpretado o falsificado la información.

I the registrant/player understand that by successfully completing this form and the information containing is true and correct and have not misrepresented or otherwise false information

Firma Del jugador/player Signature

Fecha De Hoy / Today's Date

