



All Nations Sports
Forma de inscripción
(Tiene que ser llenado completamente)

Para uso de oficina solamente:
Nombre de equipo: _____
Nombre de gerente: _____
Nombre de entrenador: _____

Nombre legal del niño _____ Género _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Grado _____ Escuela _____

Nombre de Madre _____ Número de Contacto _____

Dirección de Madre _____ Correo Electrónico _____

Nombre/Dirección/Teléfono de Empleado _____

Nombre de Padre _____ Número de Contacto _____

Dirección de Padre _____ Correo Electrónico _____

Nombre/Dirección/Teléfono de Empleado _____

Contactos de Emergencia (estas personas tienen la autoridad de levantar a su hijo/hija y autorizar atención médica)

Persona 1	Persona 2
Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Relación: _____	Relación: _____

Doctor de su hijo/hija _____ Dirección _____ Teléfono _____

Su niño/niña tiene alergias o problemas médicos? Marque uno: Si o NO

Si marco SI por favor especifique: _____

Esta su niño/niña tomando medicina? Marque uno: Si o NO

Si contestó SI por favor escriba el medicamento y la dosis: _____

A usted completando el Formulario de Descargo de Responsabilidad y Asunción de Riesgo? Marque: SI o NO
Si marco NO por favor complete el formulario y lo entrega con esta registración. Gracias.

Me gustaría voluntariar o obtener más información acerca de la League de Fútbol Comité de Padres. Marque: SI o NO