



# Carrollton-Farmers Branch Soccer Association

## Forma de Registro Otrono 2010- Primavera 2011 *Jugadores Nuevos / de Regreso*

### Fecha limite para registro – Julio 23, 2010.

Office Use Only Age Group: \_\_\_\_\_ Sex: M F Team: \_\_\_\_\_  
 Birth Certificate: Yes No Amount paid: \$ \_\_\_\_\_ Payment No.: \_\_\_\_\_ Received By/Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cuota de Registro: NO ACEPTAMOS EFECTIVO!!** Aceptamos cheque o Money Order a nombre de CFBSA.

Tambien aceptamos VISA/MC/DISCOVER! Se cargara un costo de \$50.NSF por cheques regresados.

**POLIZA DE REEMBOLSO:** Se reembolsara el 50% a cualquier jugador que decida no jugar en cualquier equipo de CFBSA al que se le haya asignado y tendra que ser por escrito, **UNICAMENTE antes del primer juego de la temporada de Otono. NO HABRA REEMBOLSOS DESPUES DE QUE EMPIEZE LA TEMPORADA, SIN EXCEPCIONES!** (Cuando se registra empezando Mayo 1<sup>st</sup>, es por una temporada completa que incluye temporadas de Otono y Primavera)

**SE AGREGARA UNA CUOTA DE \$25 A LAS FORMAS DE REGISTRO RECIBIDAS entre Julio/24/10-Agosto/28/10 y \$50 si se reciben despues de Agosto 28, 2010, pero no se garantiza el lugar en algun equipo.**

Seleccione UNA Opcion de cuota (✓):

- \_\_\_\_\_ \$120.00 (U5-U19) Pago de registro para la Temporada de Otono/Primavera (10 por temprada/total de 20 – **si el clima lo permite**).
- \_\_\_\_\_ \$100.00 (U4) Pago de registro por la Temporada Otono'10/Primavera'11 (8 juegos por temporada/total de 16 – **si el clima lo permite**).
- \_\_\_\_\_ \$70.00 Entrenador (del equipo donde su hijo/a juega y entrena) por las dos temporadas.
- \_\_\_\_\_ \$70.00 Por el 3<sup>r</sup> niño que juegue en CFBSA (excepto "select") por las dos temporadas.

Otros niños: Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Equipo \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Equipo \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Equipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$50.00 Jugadores Sin Equipo o Traslados/Liberados.

Nombre del Jugador: \_\_\_\_\_ 2do Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: TX Codigo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Sexo (circule uno): M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ (Month) (Day) (Year) Grado: \_\_\_\_\_

Escuela que atiende: \_\_\_\_\_ Escuela mas cercana (si estudia en casa): \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Direccion de la Madre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: TX Codigo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Padre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Direccion del Padre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: TX Codigo: \_\_\_\_\_

**DIRECCION DE EMAIL:** \_\_\_\_\_

Persona en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Notas: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION DEL JUGADOR / CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Yo, como padre/ tutor del menor inscrito, acepto, junto con el jugador, cumplir con las normas de la Asociación de Fútbol de Carrollton/Farmers Branch, y de sus organizaciones afiliadas. Reconociendo la posibilidad de daño físico asociado con el fútbol, y en reconocimiento de la aceptación del menor inscrito en el programa de fútbol de CFBSA y en sus actividades ("programas"), aquí mismo exonero, descargo, y de toda forma desagravio a CFBSA, a sus organizaciones afiliadas, a sus empleados y a su personal asociado, incluyendo a los dueños de los campos y de las instalaciones utilizadas para los programas, contra cualquier reclamación por, o a nombre del menor inscrito, como resultado de la participación del jugador en los programas, y/ o en transportarlo a, o de los juegos, y aquí mismo autorizo dicha transportación. Comprendo que la opción de pago arriba seleccionada es final, y respetaré dicha selección. Como padre o tutor legal del jugador arriba mencionado, doy mi consentimiento para que reciba tratamiento médico de emergencia de parte de un médico titulado en medicina u odontología. Dicho tratamiento se podrá dar bajo cualquier condición necesaria para conservar la vida, la salud y el bienestar del menor a mi cargo.

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Apoyo: Solicitamos la ayuda de todos los padres. Por favor seleccione el area en que podria ayudarnos:**

Entrenador  Asistente del Entrenador  Manager del equipo/Padre  Miembro de la Junta  Director de Liga

( ) Marque aqui SOLO si desea entrar al sorteo de jugadores para ser asignado a otro equipo que no sea el suyo.

Nombre de su Equipo/ Edad \_\_\_\_\_

**Para Registrarse:** Envíe por correo o entregue FORMA DE REGISTRO completo, copia del ACTA DE NACIMIENTO (expedida por entidad de gobierno: NO SE ACEPTARÁN CONSTANCIAS DE HOSPITAL) y CUOTA DE REGISTRO de \$120.00 a CFBSA, 2150 N. Josey Lane, Suite 204, Carrollton, TX 75006. PARA CUALQUIER PREGUNTA LLAME 972-245-9307.

\*\* Se puede registrar en línea y para mas informacion nuestro sitio de línea [WWW.CFBsoccer.net](http://WWW.CFBsoccer.net) \*\*