



Carrollton-Farmers Branch Soccer Association

Forma de Registro Primavera 2010

Jugadores Nuevos / de Regreso

Fechas de registro: Noviembre 16, 2009—Enero 15, 2010.

Opcioness de registro: en linea WWW.CFBsoccer.net, en persona o por correo.

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 de que empiece la temporada.**

NO HABRA REEMBOLSOS DESPUES DE QUE EMPIEZE LA TEMPORADA, SIN EXCEPCIONES!

SE AGREGARA UNA CUOTA DE \$50 A LAS FORMAS DE REGISTRO RECIBIDAS DESPUES DE LA FECHA LIMITE(1/15/2010)

Seleccione UNA Opcion de cuota (✓):

____ \$80.00 Pago de registro para la Temporada de Primavera de soccer (10 juegos en Primavera – **si el clima lo permite**).

____ \$60.00 Entrenador (del equipo donde su hijo/a juega y entrena) por la temporada de primavera .

____ \$60.00 Por el 3^r niño que juegue en CFBSA (excepto “select”) por la temporada de primavera.

Otros niños: Nombre: _____ Edad _____ Equipo _____

Nombre: _____ Edad _____ Equipo _____

Nombre: _____ Edad _____ Equipo _____

____ \$35.00 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 a CFBSA, 2150 N. Josey Lane, Suite 204, Carrollton, TX 75006. PARA CUALQUIER PREGUNTA LLAME 972-245-9307.

**** Se puede registrar en linea y para mas informacion nuestro sitio de linea WWW.CFBsoccer.net ****