



PLYMOUTH UNITED FC REGISTRATION

** A Separate form must be filled out for EACH individual player

Player Last Name _____ Player First Name _____

Date of Birth ____/____/____

Male / Female (Please circle)

Name of Parent/ Guardian (please print) _____

Street Address: _____ City/State/Zip _____

Home Phone: _____ Mobile Phone: _____

Email Address: _____

Emergency Contact: _____ Relationship: _____

Emergency Contact Phone: _____ Secondary contact _____

MEDICAL AND INSURANCE INFORMATION

INSURANCE DISCLAIMER: I/We, the parents/guardians of (child's name) _____, candidate for a position on a team with the Plymouth Soccer Club/ Plymouth United FC, hereby give my/our approval for my/our child's participation in any and all IYSA and Plymouth Soccer Club activities. I/We assume all risks and hazards incidental to such participation including transportation to and from the activities. I/We do hereby waive. Release, absolve, indemnify, and agree to hold harmless the IYSA/ Plymouth Soccer organizers, offices of the club, advisory board, sponsors, supervisors, coaches, participants, and persons transporting my/our child to or from activities, from any claim arising, or from any injury to my/our child. I/We furthermore understand and agree that any insurance coverage provided through IYSA shall be secondary to any medical insurance that I/We may have, and will only come into effect after my/our personal insurance covered has been exhausted.

MEDICAL RELEASE: As the parent/ legal guardian of (child's name) _____, I request that in my absence that above named player be admitted to any hospital facility for diagnosis and treatment. I request and authorize physicians, dentists, and staff duly licensed as doctors of medicine of Doctor of Dentistry, or other such licensed technicians or nurses, to perform any diagnostic procedures, treatment procedures, operative procedures, and x-ray treatment of the above minor. I have not been given a guarantee as to the results of examination or treatment. I authorize the hospital or medical facility to dispose of any specimen or tissue taken from the above named- player.

Family Physician: _____ Phone: _____

Insurance Carrier: _____ Policy Number: _____

Tetanus Booster Current? (circle one) YES / NO

Known allergies or allergies to medicine or other medical problems which should be noted:

Signature of Parent/ Guardian: _____ Date signed _____

***Fees are \$120 for the fall season and \$120 for the spring season.**



PLYMOUTH UNITED FC REGISTRO

**** Un formulario separado debe ser llenado para cada jugador individual**

Apellido del jugador _____ El primer jugador nombre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad hasta el 1 de agosto _____

Masculino o femenino (por favor marque)

Nombre del padres: _____

Dirección: _____ Ciudad/ Estado: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____ Contacto secundario: _____

Información médica y de seguro

RENUNCIA DE SEGURO: Yo / Nosotros, los padres / guardianes de (nombre del niño / a) _____, candidato para un puesto en un equipo con el Club de Fútbol de Plymouth / Plymouth United FC, por la presente doy mi / nuestra aprobación para la participación de mi / Todas las actividades de IYSA y Plymouth Soccer Club. Asumo todos los riesgos y peligros inherentes a dicha participación, incluido el transporte hacia y desde las actividades. Yo / Nosotros por la presente renuncio. Liberar, absolver, indemnizar y acordar mantener libres de responsabilidad a los organizadores del IYSA / Plymouth Soccer, las oficinas del club, el consejo asesor, los patrocinadores, los supervisores, los entrenadores, los participantes y las personas que transportan a mi hijo / , O de cualquier lesión a mi / nuestro niño. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier cobertura de seguro proporcionada a través de IYSA será secundaria a cualquier seguro médico que yo / nosotros podamos tener, y sólo entrará en vigor después de que mi / nuestro seguro personal cubierto se haya agotado.

DECLARACIÓN MÉDICA: Como padre / tutor legal de (nombre del niño / a) _____, solicito que en mi ausencia que el jugador arriba mencionado sea admitido en cualquier hospital para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo a médicos, dentistas y personal debidamente licenciado como doctores en medicina del Doctor en Odontología u otros técnicos o enfermeras licenciados a realizar cualquier procedimiento de diagnóstico, procedimientos de tratamiento, procedimientos operativos y tratamiento de rayos X del menor . No se me ha dado una garantía en cuanto a los resultados del examen o tratamiento. Autorizo al hospital o centro médico a deshacerse de cualquier espécimen o tejido tomado de dicho jugador.

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Seguro: _____ Número de póliza: _____

Tetanus Booster Actual? (Marque uno) SÍ / NO

Alergias conocidas o alergias a la medicina u otros problemas médicos que deben ser observados:

Firma del padre / tutor: _____ Fecha de firma: _____

***Son \$120 en el otoño y \$120 en la primavera.**