



Southern Oregon Soccer Academy

Formulario de inscripción

O Primavera	O Kinder
O Otoño	O Recreativo
O Escuela Secundaria	O Competitivo

Información del jugador

Nombre: _____
Nombre Apellido Inicial

Género: O Masculino O Femenino
 Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Talla de uniforme: Joven S M L
 Adulto S M L

Teléfono: _____

Grado: _____

E-mail: _____

Maestro: _____

Escuela: _____

¿Nuevo a SOSA? Sí / No

Posición que juega en el campo: _____

Años jugando: _____

Nivel de Experiencia: O Principiante O Intermedio O Avanzado

Condiciones médicas: _____
 (Ej. Alergias, asma, inyección de epinefrina, etc.)

Información de los padres

Nombre: _____
Nombre Apellido Inicial

Celular: _____

Nombre: _____

Trabajo: _____

Nombre: _____

Celular: _____

E-mail: _____

Trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Información de pago

Haga los cheques pagaderos a *Southern Oregon Soccer Academy*. Se aplicará tarifa adicional a las inscripciones de primavera recibidas después de marzo 15 y a las inscripciones de otoño recibidas después de agosto 15. **No habrá reembolsos después de que el jugador sea colocado en un equipo.**

Yo adjunto pago por:

Costo: \$30 Fútbol de Kinder (por temporada)	O Costo de inscripción.....	\$ _____
\$75 Fútbol Recreativo (por temporada)	O Tarifa adicional (tarde).....	\$ 20.00
\$100 Escuela Secundaria (primavera solo)	O S.O.S.A. Donación.....	\$ _____
\$200 Fútbol Competitivo (costo de inscripción anual)	Total Adjunto.....	\$ _____
	O Efectivo O Cheque O PayPal	

Exención de responsabilidad:

Yo, el padre/guardián del solicitante, un menor, estoy de acuerdo con que el solicitante y yo nos atenderemos a las reglas de USYSA, sus organizaciones afiliadas y sus patrocinadores. Yo reconozco la posibilidad de lesiones físicas asociadas con el fútbol. En consideración a que USYSA acepte al solicitante para sus programas y actividades de fútbol (los "programas"), por la presente yo eximo, descargo y/o indemnizo a USYSA, todas sus organizaciones afiliadas, patrocinadores, empleados, y personal asociado (incluyendo los dueños de los campos y facilidades utilizadas por los programas), contra cualquier reclamación hecha por o en nombre del solicitante como resultado de la participación del solicitante en estos programas. Además, yo autorizo la transportación del solicitante hacia o de vuelta de esos programas.

Consentimiento para tratamiento médico:

Como padre o guardián legal del jugador arriba mencionado, por la presente doy consentimiento para el cuidado médico de emergencia prescrito por un Doctor en Medicina o Doctor Odontólogo debidamente licenciado. Este cuidado puede darse bajo cualquier condición que sea necesaria para preservar la vida, extremidad o bienestar de mi jugador.

Firmado por el jugador (y también por un padre si es menor de 18 años)

Jugador: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Padre: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

¡Sí! Quisiera ser **VOLUNTARIO** de S.O.S.A. Por favor circule las áreas que le interesen:
 Recaudación de fondos / Arbitro / Entrenador / Voluntario / Coordinador / Padre de equipo / Proyectos especiales / Comité

Presente el formulario de inscripción relleno a: Southern Oregon Soccer Academy Contacto: 541-897-0099
 P.O. Box 219, Phoenix, OR 97535 sosocceracademy@gmail.com

Club Use Only:

Birth Certificate Verified _____	Registration Fee: Check Amount \$ _____	Check # _____	Initials: _____
Age division: _____	Coach: _____	Cash Amount \$ _____	Receipt # _____
		Date: _____	