

# Consentimiento médico / renuncia de responsabilidad y liberación de CAROLINA DEL NORTE

(Para ser entregado a su asociación local)

20 \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_

## NCYSA

PO Box 18229  
Greensboro, NC 27419  
336.856.7529

Política de NCYSA # \_\_\_\_

Exceso de política a cualquier seguro válido y coleccionable.  
Si no hay seguro primario en el seguro de un jugador, esta póliza primaria después del deducible.

Nombre del jugador	Inicial	Apellido	Nombre completo de la asociación			#camiseta		
(COMO APARECE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)								
			Academia	Desafío	Clásico [	Recreación	Masculino	Femenino
Fecha de nacimiento	Nivel			Sexo				
Dirección del jugador	Ciudad			Estado		Codigo Postal		
Nombre completo del padre / tutor legal	Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono móvil			
Persona adicional a contactar en caso de emergencia	Dirección		Teléfono de casa		Teléfono móvil			
Fecha de la última vacuna contra el tétanos	Medicamentos que ahora se toman							

El jugador es alérgico a estos medicamentos y sustancias

Enumere cualquier correo electrónico de información de salud inusual para información sobre fútbol

Yo (nosotros), el abajo firmante, que reside en el condado de \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_, los padres / tutores legales del Registrante anterior, un menor de edad, que reside con nosotros, declaramos nuestra intención de permitir que ese niño practique, entrene, juegue y participe en todas las actividades relacionadas con el fútbol con lo anterior. mencionó el equipo de fútbol afiliado a la North Carolina Youth Soccer y la United States Youth Soccer Association.

Yo (nosotros) acordamos que nosotros y el Registrante acataremos las reglas de USYS, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de lesiones físicas asociadas con el fútbol y en consideración para que USYS y NCYSA acepten al Registrante a sus programas y actividades de fútbol (los "Programas"), por este medio liberamos, exoneramos o indemnizamos de manera conjunta y solidaria al USYS, NCYSA, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, sus empleados y el personal asociado, incluidos los propietarios de los campos e instalaciones utilizados por los Programas, contra cualquier reclamo por parte del Registrante o en su nombre como resultado de la participación del Registrante en los Programas o por ser transportado hacia o desde el mismo, y por la presente autorizamos dicha transporte.

Yo (nosotros) además, solidariamente, como padres y tutores legales del Solicitante de registro, exonero, descargo y acepto mantener indemne e indemnizar a las personas mencionadas anteriormente o cualquiera de los entrenadores designados del Equipo anterior de toda responsabilidad, reclamos o demandas que surjan del Registrante que participa en los Programas con el Equipo anterior específicamente para incluir todos y cada uno de los reclamos por lesiones personales sufridas mientras estuvo presente o participó en los Programas o viajó hacia o desde eventos en los Programas o durante viajes patrocinados por o en conjunto con los Programas.

Además, yo (nosotros) autorizo a cualquiera de los adultos designados del Equipo, si después de un intento razonable de comunicarse con un padre o tutor para obtener el consentimiento o si la práctica médica correcta decreta que no hay tiempo para hacer tal intento, de dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento y / o atención hospitalaria, al Registrante bajo la supervisión general o especial y / o bajo el consejo de cualquier médico, cirujano o dentista debidamente licenciado para ejercer.

Los abajo firmantes han leído y entendido completamente y están de acuerdo con lo anterior. Además, la NCYSA y los abajo firmantes acuerdan que este acuerdo puede ejecutarse mediante firmas electrónicas según lo dispuesto en el Capítulo 66 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte

Información del seguro:  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

\*\* Firma del padre / tutor legal

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Número de confirmación: \_\_\_\_\_

Fecha