



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

FC Dallas - Puerto Rico

www.fcdallaspr.com

JUGADOR PARTICIPANTE	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Dirección:	
Teléfono Residencial:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico (Email):	
PADRE / MADRE / TUTOR	DIRECCIÓN / TELÉFONO
	Tel:
	Tel:
En caso de emergencia:	Teléfono:
INFORMACIÓN GENERAL	
Escuela:	Grado:
Médico Primario (Pediatra):	Teléfono:
HISTORIAL MÉDICO	
¿Padece de alguna enfermedad?	
¿Toma algún medicamento?	
¿Tuvo algún accidente / operación?	

USO OFICIAL	
CERTIFICADO NAC. <input type="checkbox"/>	MATRÍCULA <input type="checkbox"/>
FOTOS 2x2 <input type="checkbox"/>	SEGURO <input type="checkbox"/>

Yo, _____, padre/madre de _____, certifico que esta información es correcta. Estoy consciente de que la práctica del deporte del balompié puede provocar golpes, caídas y lesiones, y relevo al Club Deportivo Barbosa, a sus empleados, directivos y entrenadores de la responsabilidad de cualquier accidente que mi hijo/a sufra durante la práctica o juego. Me comprometo a pagar todas las mensualidades y cuotas por el año matriculado.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA