



# Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, Inc.

## Registro de Jugadores

Nombre del Jugador					Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		mm / dd / aa			
Dirección Postal					Teléfonos			
Urb. PO Box, HC, RR					Casa: ( )			
Núm. / Calle					Cel: ( )			
Ciudad								
País								
Zip Code								
Dirección Física							Estatus Civil	
Urbanización/Condominio							<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
Núm. / Calle								
Ciudad								
País								
Zip Code								

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre Universidad/Institución a la que asistes:	Plan Médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Plan _____
	Asegurado Principal _____	
	Parentesco: _____	

Como supistes del equipo:  Internet  "Flyer"  Referido  Otro: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Has Jugado anteriormente?  Si  No Con que Equipo? \_\_\_\_\_

Información de Padres			
Nombre	Parentesco	Celular	Email
1.			
2.			

**En caso de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfonos : \_\_\_\_\_

**Relevo de Responsabilidad de Jugadores y Padres**  
**De ser menor de 21 edad este documento deberá ser firmado por el jugador al igual su padre o encargado**

Yo, \_\_\_\_\_, me comprometo a asistir con puntualidad a las practicas, reuniones y/o juegos citados. A llevar una conducta adecuada, respetuosa y sana, siguiendo las reglas y regulaciones de la liga y sus equipos y representantes. Entiendo que de faltar a estas puedo ser sancionado e incluso llevar a la terminación de mi participación, No provocare daño físico intencional a ninguno de mis compañeros, coaches y/o representantes de la liga.

Entiendo que la práctica de cualquier deporte puede conllevar el riesgo de una lesión y que el deporte de *football* es uno de constante contacto físico y que existe la posibilidad de alguna lesión incluyendo una lesión seria. Al firmar este documento, acepto relevar de responsabilidad y declino cualquier demanda a La Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, sus *coaches encargados, representantes, padres y/o participantes* en el presente o en el futuro de mi parte o de mi familia por lesiones corporales.

Acepto otorgar permiso para recibir ( o que reciba mi hijo) tratamiento de emergencia, de ser necesario, y autorizo al personal de

La Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, la transportación al hospital más cercano de así ser requerido y que cualquier gasto médico, de ambulancia, medicamentos u otros no cubiertos por mi seguro de salud será mi responsabilidad y no la de La Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, ni de ninguno de sus representantes.

Certifico que he leído y firmo este documento libremente entendiendo todas sus partes.

Firma del Jugador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Equipo al que Pertenece: \_\_\_\_\_ Dirigente: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO MEDICO**

Yo, \_\_\_\_\_, con Licencia para practicar la medicina en Puerto Rico, certifico que he examinado a \_\_\_\_\_ y lo encuentro físicamente apto para jugar Fútbol Americano.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ No. de Licencia \_\_\_\_\_

NOTA: FALSIFICAR LA INFORMACION EN ESTA FORMA LLEVARA A REPERCUSSIONES LEGALES. EL CERTIFICADO MEDICO DEBE ESTAR CON FECHA POSTERIOR AL 1 DE JULIO DEL 2009.



# Asociación de Fútbol Americano de Puerto Rico, Inc.

## Registro de Jugadores

### Uso Oficial

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento (Original) | <input type="checkbox"/> Certificado Médico        | <input type="checkbox"/> Evidencia de Estudios                       | <input type="checkbox"/> Cuota de Inscripción |
| <input type="checkbox"/> Foto 2x2                             | <input type="checkbox"/> Relevé de Responsabilidad | <input type="checkbox"/> Firma de Padre o encargado ( menor de edad) |   |
| <input type="checkbox"/> Depósito de Equipo                   | <input type="checkbox"/> _____                     | Peso: _____  | Estatura: _____                               |