



SOCCER KIDS

Información del Jugador(a)

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Categoría:

Escuela o Colegio:

Padre o tutor:

Teléfono 1: Teléfono 2:

Relevo de Responsabilidad

Libero de toda responsabilidad al club y a todos sus directivos por daños, lesiones o incapacidad, que pueda sufrir mi patrocinado _____ en las prácticas del soccer. Mis familiares y amistades que lleguen a las prácticas, estarán bajo mi responsabilidad.

Certifico que mi patrocinado(a) fue examinado por un médico certificado y está apto para practicar el deporte del soccer, mi patrocinado cuenta con un seguro médico . Acepto que una vez abonado cualquier tipo de dinero, no tendré lugar a devolución.

Estoy de acuerdo con el reglamento de disciplina y buen comportamiento, que incluye a niños, padres, familiares, entrenadores, dirigentes y cualquier visitante.

Los dias de pago son el 1 de cada mes, es por mes adelantado.

METODOS DE PAGO

CASH, cheque a nombre de CLUB DEPORTIVO CARIBE INC.
o por ATH MOVIL BUSSINES a SOCCERKIDS

.....
FIRMA PADRE O TUTOR