

Hillsboro Sports Association Soccer 2010

REGISTRATION & MEDICAL RELEASE – Deadline – August 28, 2010

PLEASE PRINT

CHILDS Last Name _____ First Name _____ Middle Init. _____ (circle) Male Female

Address _____ City _____ Zip _____

Phone # _____ Birth Date _____ Current Age _____ Current Grade _____ Height _____ Weight _____

Fathers Name _____ Occupation _____ Cell or Cell Phone _____

Mothers Name _____ Occupation _____ Cell or Bus. Phone _____

LIST ANY MEDICAL PROBLEM OR PROHIBITION PLAYER HAS _____

PERSON TO NOTIFY IN EMERGENCY _____ PHONE # _____

NUMBER OF PRIOR SEASONS PLAYED _____ LAST TEAM _____

SOCCER LEAGUE PLAYING AGE

U4 = 4 yrs old and Under.

Players may play "up" into any age division they are eligible. They will play in only "one" age division. Players may not play "down". Example: A 10 yr old may play in U10, U12, U14 but cannot play in U8.

____ U4 (PreSchool) ____ U6 (PreK/K) ____ U8 (1ST/2ND)

____ U10 (3RD/4TH) ____ U12 (5TH/6TH) ____ U14 (7TH/8TH)

* Depending on number of U4's we may need to combine U4 and U6 age groups.

UNIFORM SIZE

SHORTS: YXS YS YM YL AS AM AL AXL AXXL

JERSEY: YXS YS YM YL AS AM AL AXL AXXL

Registration Fee: \$40.00 per child
\$35.00 for each sibling thereafter.

Registration Fee includes: Shorts, Jersey, & Socks
Season: September 11 – November 20

MEDICAL RELEASE

I, THE PARENT/GUARDIAN OF THE REGISTRANT, A MINOR, AGREE THAT I AND THE REGISTRANT WILL ABIDE BY THE RULES OF HILLSBORO SPORTS ASSOCIATION RECOGNIZING THE POSSIBILITY OF INJURY ASSOCIATED WITH SOCCER, I HEREBY RELEASE, DISCHARGE AND/OR OTHERWISE IDEMNIFY HILLSBORO SPORTS ASSOCIATION, THE CITY OF HILLSBORO, TEXAS AND ANY AFFILIATED ORGANIZATION, SPONSORS AND COACHES, THEIR EMPLOYEES AND ASSOCIATED PERSONNEL, INCLUDING THE OWNERS OF FIELDS AND FACILITIES UTILIZED FOR THE PROGRAMS, AGAINST ANY CLAIM BY OR ON BEHALF OF THE REGISTRANT AS A RESULT OF THE REGISTRANTS PARTICIPATION IN THE PROGRAMS AND/OR BEING TRANSPORTED TO OR FROM THE SAME, WHICH TRANSPORTATION I HEREBY AUTHORIZE.

NAME _____ SIGNATURE X _____
(PARENT/LEGAL GUARDIAN) (PRINT NAME) DATE _____

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT (MINOR)

AS THE PARENT OR LEGAL GUARDIAN OF THE ABOVE NAMED PLAYER, I HEREBY GIVE MY CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL CARE PRESCRIBED BY A DULY LICENSED DOCTOR OF MEDICINE OR DOCTOR OF DENTISTRY THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB, OR WELL-BEING OF MY DEPENDENT.

X _____
SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN

ADDRESS _____
CITY _____ STATE _____ ZIP _____
PHONE # _____

PARENTAL SUPPORT

WE ASK FOR ACTIVE PARTICIPATION OF ALL PARENTS IN OUR PROGRAM. CHECK AREA (S) IN, WHICH YOU WOULD BE WILLING TO HELP.

____ COACH ____ REFEREE ____ ASST COACH ____ TEAM PARENT

OFFICIAL USE ONLY

TOTAL AMOUNT REC. _____
CASH _____ CHECK # _____
RECEIVED BY _____
DATE _____
BIRTH CERTIFICATE ON FILE _____

Mail With Check To:

Hillsboro Sports Association

PO Box 1626

Hillsboro, TX 76645

Info Call: Bruce W. Urbanovsky (254)580-8017

Can Hand Deliver to Hillsboro Chamber

Asociación Deportiva de Hillsboro

Fútbol 2010

REGISTRACIÓN Y ABSOLUCIÓN MÉDICA – Deadline –28 de Agosto

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

APPELLIDO DEL NIÑO _____ Primer Nombre _____ Inicial Segunda _____ (círcule uno) Varón Hembra

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Numero de Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad desde Hoy _____

Grado Escolar Corriente _____ Estatura _____ Peso _____

Nombre de Padre _____ Ocupación _____ Numero Celular o de Trabajo _____

Nombre de Madre _____ Ocupación _____ Numero Celular o de Trabajo _____

LISTA DE CUALQUIER PROBLEMA MEDICO, FISICO O CUALQUIER PROHIBICIÓN QUE TENGA EL JUGADOR _____

PERSONA DE CONTACTO EN EVENTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO # _____

CUANTAS TEMPORADAS HA JUGADO _____ ÚLTIMO EQUIPO _____

EDADES PARA JUGAR EN LA LIGA DE FUTBOL

U4 = 4 años y menor

Jugadores pueden jugar en la división de edad en la cual son elegibles.
Jugadores pueden jugar en solamente una división de edad. Niños mayores no pueden jugar en la misma división con niños menores.

____ U4 (PreSchool) ____ U6 (PreK/K)

____ U8 (primer grado/segundo grado)

____ U10 (tercero/cuarto) ____ U12 (quinto/sexta)

____ U14 (7th/8th)

* Dependiendo del número de jugadores en la división U4, talvez será necesario combinar U4 y U6.

TAMAÑO DE UNIFORME

PANTALON: YXS YS YM YL AS AM AL AXL AXXL

CAMISETA: YXS YS YM YL AS AM AL AXL AXXL

**COSTO DE MATRÍCULA: \$40.00 por cada niño
\$35.00 por cada hermano(a) adicional**

El costo de matricula incluye: pantalones cortos, camiseta y calcetín

Temporada: 11 de Septiembre a 20 de Noviembre

ABSOLUCIÓN MÉDICA

Yo, el padre o guardián del jugador, un menor de edad, afirmo que yo y el jugador estamos de acuerdo con las reglas de la Asociación Deportiva de Hillsboro. Reconocemos la posibilidad de heridas o golpes asociados con el juego de fútbol. Esta es una absolución de culpa y daños de la Asociación Deportiva de Hillsboro, la Ciudad de Hillsboro, Texas y cualquier otra organización asociada, cualquier patrocinador y entrenador, los empleados, y otra persona asociada, incluyendo los dueños de los campos de juego y cualquier instalación deportiva usada en este programa, de cualquier clamo de o de parte del jugador como resultado de la participación en el programa y/o de ser transportado a o de cualquier instalación deportiva la cual yo he autorizado.

NOMBRE _____ FIRMA _____
(PADRE O GUARDIAN LEGAL) (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) FECHA _____

PERMISO PARA TRATAMIENTO MEDICO PARA UN MENOR DE EDAD

Yo, el padre o guardián del jugador nombrado arriba, doy permiso para tratamiento medico en el evento de una emergencia por un doctor licenciado o dentista para preservar la vida, miembro del cuerpo, o bienestar de mi dependiente, el jugador nombrado arriba.

X _____
FIRMA DE PADRE O GUARDIAN
DIRECCION _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
TELEFONO _____

APOYO PARENTAL

PEDIMOS LA PARTICIPACION ACTIVA DE TODOS LOS PADRES EN NUESTRO PROGRAMA. SIRVASE DE MARCAR LA(S) ÁREA(S) EN LAS CUALES USTED ESTA DISPUESTO A AYUDAR.

____ ENTRENADOR (COACH)* ____ ÁRBITRO (REFEREE) ____ ENTRENADOR ASISTENTE* ____ PADRE DE EQUIPO

*(serán sujetos a una investigación criminal)

OFFICIAL USE ONLY

TOTAL AMOUNT REC. _____
CASH _____ CHECK # _____
RECEIVED BY _____
DATE _____
BIRTH CERTIFICATE ON FILE _____

Envíe este documento con cheque a:
Hillsboro Sports Association
PO Box 1626
Hillsboro, TX 76645
Para información llame a: Bruce W. Urbanovsky (254)580-8017
También puede entregar a mano a la Asociación Deportiva de Hillsboro