



Path Project Fall Soccer

FCA MENTORSHIP ACADEMY PROGRAM

QUE: Academia que dota y fomenta a la juventud a GANAR en el campo de fútbol y en el campo de la vida.

CUANDO: **Registración en Agosto.** Temporada de 8-10 semanas de Septiembre a Noviembre. 1 practica a la semana y 1 partido cada Sábado. Debe atender registración para llenar formulario.

QUIEN: Niños y Niñas nacidos 2003-2012 (edades 6-15 años). Jugadores 16+ años son invitados y animados a servir como técnicos asistentes y/o jueces para impactar la vida de niños.

DONDE: Path Project locations.

COSTO: Jugadores paga \$30 por registración + \$10 por el uniforme.
*El costo del uniforme es \$30. FCA cubre 66% del costo para jugadores nuevos.

PREGUNTAS? Contactarnos a mackenzie@path-project.org o 678.849.5071. Visita nuestra página web fcasoccer.org/MAP

No dejes que las finanzas te impidan jugar. Un limite de becas parciales están disponibles por solicitud. La solicitud debe ser llenada y presentada al momento de registración.

2018 FALL FCA SOCCER ENROLLMENT

Nombre: _____ Genero (Circle ONE) (M) (F) Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Talla de camisa: (Selecciona UNA) Youth S Youth M Youth L Adult S Adult M Adult L Adult XL

Grado escolar Fall 2018: _____ Nombre de la Escuela: _____

Nombre de Padres: _____ Firma de Padres: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código de Área: _____

Email: _____ Teléfono de Móvil: _____ Numero de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia (Nombre y Numero): _____

OPORTUNIDADES PARA SERVIR: Somos una organización sin animo de lucro impulsada por voluntarios, por lo tanto nuestra necesidad de personas como tu para servir por medio de nuestro programa. ¿Estas interesado en servir? Selecciona una o más de las opciones y nosotros nos comunicaremos contigo para proveer mas información sobre la posición. ¡Gracias por considerar servir!

Técnico Mentor Mamá/Papá de equipo/patrocinador Árbitro Transportación Tienda

Pago debe realizarse el día de inscripción. Se acepta efectivo, orden de pago y cheque. (Cheques a nombre de FCA).

* Debido al crecimiento de nuestro programa, existe la posibilidad que tengamos que limitar el número de jugadores por equipo y el número de equipos por comunidad. Aunque esto es algo que no deseamos hacer, puede que sea necesario para continuar ofreciendo un programa de calidad y divertido tanto dentro como fuera de la cancha.

* Prueba de fecha de nacimiento puede ser solicitada a cualquier momento para comprobar la edad del jugador.

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Información médica:

1. Listar y explicar si el estudiante tiene defectos físicos o enfermedades que puedan interferir con su participación en actividades extenuantes.
2. ¿Tiene el estudiante reacciones o alergias severas a algún medicamento? Explique.
3. Listar cualquier medicamento que el estudiante este tomando actualmente junto a cualquier restricción de dieta o ejercicio que tenga. Favor incluir cualquier medicamento que se puede comprar sin nota medica como Tylenol, etc. (Listar el nombre de la medicina, dosis, etc).
4. ¿Tiene el estudiante alguna historia de consusiones? Explicar.
5. Indicar la fecha de la última vacuna del tétano: _____
6. ¿Tiene el estudiante alguna discapacidad emocional o social de la cual seria importante para nosotros saber?
7. El estudiante vive con: Ambos padres un padre Tutor otro

Información de seguro médico

Proveedor: _____ Número de seguro: _____ # de teléfono: _____

Nombre del doctor: _____ # de Teléfono: _____

Funciones y actividades Antes de la participación de mi estudiante en actividades, reconozco que hay ciertos riesgos asociados con las actividades, incluyendo, como por ejemplo, lesiones físicas debidas a accidentes relacionados con las actividades, lesiones físicas debidas a accidentes relacionados con el traslado, enfermedades, o hasta misma muerte. Yo doy permiso para que mi estudiante sea transportado en un vehiculo autorizado del FCA a sitios de actividades del FCA. Además, reconozco que puedan haber otros riesgos inherentes a estas actividades de las cuales actualmente no estoy consciente.

Liberación de responsabilidad

Al firmar este Formulario de Consentimiento para Estudiantes, yo expresamente garantizo que mi estudiante mencionado es capaz de aguantar las demandas físicas y mentales de las actividades mencionadas previamente. Yo expresamente asumo también todos los riesgos de la participación de mi estudiante en esas actividades, tanto si conozco o no los riesgos en este momento. Además, yo libero a (FCA) Fellowship of Christian Athletes y sus líderes, empleados, oficiales, directores, voluntarios, y agentes de cualquier demanda que mi estudiante pueda tener o que yo pueda tener contra ellos como resultado de lesión o enfermedad causada durante su participación en las actividades. Esta liberación de responsabilidad debera incluir (sin limitación) cualquier demanda de negligencia o de violación de garantía. Esta liberación de responsabilidad está prevista para cubrir todas las demandas que los miembros de la familia del estudiante o de la mía o del patrimonio, que los herederos, los representantes, o beneficiarios puedan tener contra esta organización o sus líderes, empleados, voluntarios, o agentes. Además, convengo en sus líderes, empleados, voluntarios, o agentes.

Primeros auxilios y tratamiento médico de emergencia Reconozco que puedan haber ocasiones donde el estudiante mencionado anteriormente necesite primeros auxilios o tratamiento médico de emergencia como resultado de un accidente, una enfermedad, u otra condición de salud o lesión. Yo, por la presente, doy el permiso a los agentes de esta organización para buscar y asegurar cualquier atención o tratamiento médico necesario para el estudiante mencionado anteriormente incluyendo hospitalización, si en la opinión del agente tal necesidad se presente. Al hacer eso, convengo en hacer todos los pagos y cubrir todos los costos que se presenten de la acción de obtener tratamiento médico. Yo doy permiso al entrenador del campamento y al profesional medico del campamento para dar medicamentos sin receta según sea necesario, como también, al doctor(es) presente y otro personal médico para administrar cualquier tratamiento médico necesario, incluyendo cirugía y, de nuevo, yo convengo en pagar por el tratamiento médico. Yo doy permiso para que transporten a mi estudiante al centro médico en caso de emergencia.

AutORIZACIÓN para usar imagen y semejanza De vez en cuando, Fellowship of Christian Athletes (FCA) o sus representantes toman fotos o hacen una grabación de audio o video de los estudiantes y/o de los adultos involucrados en las actividades. Tales fotos o grabaciones de video pueden ser usadas por los empleados o participantes como recordatorio de las actividades y de los participantes. Es posible que noticieros locales escuchen de nuestras actividades y eventos, y nuestra organización pueda invitarles o permitirles que saquen fotos o hagan grabaciones de nuestros eventos para cobertura de prensa acerca de factores de intereses especiales. Yo convengo en el uso de cualquier grabación de audio o video de mi estudiante mencionado anteriormente para ser usada, distribuida, o mostrada como los agentes de la organización crean conveniente. Este consentimiento incluye pero no está limitado a: fotos, video, y grabaciones en audio. Además, doy el permiso para que la prensa entreviste a mi estudiante, o utilice grabaciones de audio o videos. Además, tales fotos y grabaciones de audio y videos pueden ser usadas en publicaciones o materiales de publicidad para que otros sepan de nuestras actividades. Estas imágenes también pueden ser usadas por FCA o sus agentes para producir recursos ministeriales para entrenamiento de personal, de campamento o de Ministerio en Campus, u otros usos para promover el ministerio del FCA. El FCA puede proveer estos materiales para vender al público.

Habilidad de nadar Permitido en el agua No permitido en el agua

*Todos los Campamentos que ofrecen actividades en el agua requieren que cada estudiante pase una prueba de natación para participar.

Otra información Haga una lista de cualquier otra información que los líderes deben de saber acerca del estudiante participante:

Yo afirmo que soy el padre/tutor de _____, quién tiene menos de 18 años. Yo leí el Formulario de Consentimiento para y estoy completamente familiarizado con el contenido del mismo. Yo doy permiso para que el estudiante mencionado anteriormente participe en las actividades de esta organización, incluyendo cualquier eventos/actividades especiales descritos arriba. En consideración al permitir la participación del estudiante en estas actividades, yo por medio de este convenio con el Formulario de Consentimiento Médico, incluyendo la Liberación de Responsabilidad arriba, en el nombre del estudiante y convengo que este Formulario de Consentimiento Médico me es obligatorio, a mi familia, a los herederos, a los representantes legales, a los sucesores, y a los beneficiarios. indemnizar y eximir (mantener libres) a FCA y de todas y cualquier responsabilidades resultantes de la participación de mi estudiante en sus actividades y programas, o como resultado de lesión o enfermedad de mi estudiante durante tales actividades.

Firma del Padre o Tutor Legal _____ Fecha: _____

Escriba el Nombre del Padre o Tutor Legal _____