

FECHA: _____

Tryout Level: U - _____ Niños

Numero de la jugador _____

Albany-Berkeley Soccer Club
Clase 3 2009-2010 Tryout Registration

Nombre de la jugador: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ ZIP: _____

-

Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Registrar Use Only

Verified DOB:

Club, equipo o entrenador/a más reciente:

Por favor circule el nivel más alto que ha jugado:

Clase 4

Clase 3

Clase 1

High School

Consentimiento Médico

Yo, _____, soy padre/madre o adulto responsable para el jugador nombrado anteriormente. Si el jugador se daña durante las evaluaciones en mi ausencia, doy permiso que un representante de ACCYSL se transporte al Hospital

_____ para cuidado médico. Mi número de teléfono durante las

evaluaciones es: _____ En caso que no me localizen, favor de

comunicarse con _____ al

teléfono: _____ para obtener permiso de tratamiento.

Nombre (*de letra molde*): _____

Firma: _____ Fecha: _____