

FECHA: \_\_\_\_\_ Tryout Level: U - \_\_\_\_\_ Niños/ Niñas Numero de la jugador \_\_\_\_\_

**Albany-Berkeley Soccer Club**  
Clase 3 2010-2011 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: \_\_\_\_\_