



Indy Fútbol Soccer

Youth REGISTRATION (2009)



I want to play with my friends on this team:	Coached by:

Last Name: _____ First Name: _____ MI _____

Street Address: _____

City/State/Zip: _____ Home Phone: _____

Please Circle: **BOY GIRL** Date of Birth: ___/___/___ Age: _____

Circle Age Group Playing In	Born In
U11-U12	1997 & 1998
U13-U15	1994, 1995 & 1996

E-MAIL ADDRESS: _____ @ _____

Uniform Sizes – FOR ALL PLAYERS

Jersey	YS	YM	YL	AS	AM	AL
Shorts	YS	YM	YL	AS	AM	AL

School Attending _____ Grade: _____

Father's Name: _____ Home Phone: _____

Father's Employer: _____ Other Phone: _____

Mother's Name: : _____ Home Phone: _____

Mother's Employer: _____ Other Phone: _____

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Physician: _____ Phone: _____

Any known health problems, allergies or special needs? Please Circle **YES NO**
 If yes, briefly describe: _____

The player's parents and/or legal guardian(s) hereby consent and agree PSC, Indy Futbol Soccer, its officers, directors, commissioners, coaches, other volunteers, and Indianapolis Parks and Recreation Department, and Indiana Latino Institute will not be liable for any injury sustained by the player while participating in any club activity and that such entities and persons have no responsibility for lost, stolen or damaged property.

Signature

Date

Applications may be mailed to: Indy Futbol Soccer Registration, PO Box 532472, Indianapolis, IN 46253.



Escuela
Indianapolis



Indy Fútbol Soccer

LIGA JUVENIL (2009)



Yo quiero jugar con mis amigos en este equipo:	Nombre del Entrenador:

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección : _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Sexo: **masculino** **femenino** Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Circle Age Group Playing In	Born Between
U11-U12	1997 & 1998
U13-U15	1994, 1995 & 1996

E-mail: _____ @ _____

Uniformes – elige la talla de la camiseta y el pantalón corto

camisa	jóven	S	M	L	adulto	S	M	L
pantalón	jóven	S	M	L	adulto	S	M	L

Nombre de la Escuela _____ Año: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Lugar de trabajo del Padre: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____

Lugar de trabajo de la Madre: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Problemas médicos o de salud, alergias o necesidades especiales? Elige **SI NO**

Si hay, describa brevemente: _____

Los padres o el tutor legal del jugador están de acuerdo que PSC, Indy Futbol Soccer, sus oficiales, directores, comisionados, entrenadores, voluntarios; el Departamento de Recreo de Indianapolis y sus parques; Indiana Latino Institute no se harán responsables si el jugador sufre alguna lesión durante su participación en las actividades del club y que tales entidades y personas no tienen ninguna responsabilidad por propiedad perdida, robada o dañada.

Firma _____

Fecha _____

Las aplicaciones se pueden enviar a: Indy Futbol Soccer Registration, PO Box 532472, Indianapolis IN 46253.



Escuela Indianapolis