

Lake Hills Soccer Club TRYOUT

PO Box 6744 Bellevue WA 98008
425-643-1029

www.LakeHillsSoccer.org



Player Information Información del jugador

FIRST Name Nombre	_____	LAST Name Apellido	_____
<input type="checkbox"/> Boy / Niño	Date of Birth Fecha de Nacimiento	____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> Girl / Niña			
Address Direccion	_____	City Ciudad	_____
		Zip Code Código Postal	_____
School Escuela	_____	Last Year's Team Equipo del año pasado	_____

Parent/Guardian Information Información de Padre o Guardián

Father/Padre Mother/Madre Guardian

FIRST Name Nombre	_____	LAST Name Apellido	_____
Parent's Phone Teléfono	_____	Player's Phone Teléfono del jugador	_____
Email Address PRINT CLEARLY Dirección de correo electrónico	_____		

Lake Hills Soccer Club Medical and Liability Waiver

As the parent/legal guardian of the player registered, I certify that my child/ward is in good health and is able to participate in Lake Hills Soccer Club Tryouts. I authorize all first aid, medical, dental, surgical, diagnostic and hospital procedures as may become necessary for my child/ward while he/she is participating in the Lake Hills Soccer Club Tryouts. In consideration of my child/ward being allowed to participate, I hereby for myself, my child/ward and our heirs, executors, administrators, and personal representatives, discharge, waive, release, hold harmless, and indemnify the Lake Hills Soccer Club, its Board members, agents, employees, contractors, and volunteers from any and all liability that may arise from said participation including, but not limited to, any injury occurring to my child/ward. **I acknowledge that I am responsible for any and all medical expenses due to my child's/ward's injury or illness, and hereby assume all risk of injury or loss to which he/she may be exposed.** I understand that no one is authorized by Lake Hills Soccer Club to alter, modify, or waiver any of the terms of this agreement in any way. I acknowledge that I have and fully understand this medical consent and release.

I have read, understand, and agree to the terms of the above agreement _____

(Parent or Guardian Signature)

Lake Hills Club de Fútbol Médicos y Exención de Responsabilidad

Como padre / tutor legal del jugador registrado, certifico que mi hijo / pupilo goza de buena salud y puede participar en las pruebas de Lake Hills Soccer Club. Autorizo todos los procedimientos de primeros auxilios, médicos, dentales, quirúrgicos, diagnósticos y hospitalarios que sean necesarios para mi hijo / sala mientras él / ella está participando en las Pruebas del Lake Hills Soccer Club. En consideración de que mi niño / pupilo pueda participar, por la presente, para mí, mi hijo / pupilo y nuestros herederos, albaceas, administradores y representantes personales, daré de alta, renunciar, liberar, liberar de responsabilidad e indemnizar al Lake Hills Soccer Club, sus miembros de la Junta, agentes, empleados, contratistas y voluntarios de cualquier responsabilidad que pueda surgir de dicha participación, incluyendo, pero no limitado a, cualquier lesión que ocurra a mi hijo / pupilo. **Reconozco que soy responsable de todos los gastos médicos ocasionados por la lesión o enfermedad de mi hijo o tutora, y por la presente asumo todo el riesgo de lesión o pérdida a la que pueda estar expuesto.** Entiendo que nadie está autorizado por Lake Hills Soccer Club para modificar, modificar o renunciar a ninguno de los términos de este acuerdo de ninguna manera. Reconozco que tengo y entiendo completamente este consentimiento y publicación médica.

Ha leído, entendido y acepta los términos del acuerdo anterior _____

(Padre o tutor firma)