**Player Information** **Emergency Information**

First Name Middle Initial Last Name

Gender Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Emergency Contact Name Relationship to the player

Emergency Contact Home Phone Number (xxx-xxx-xxxx)

 Emergency Contact Work Phone (xxx-xxx-xxxx & EXT) Street Address

 Emergency Contact Cell Phone (xxx-xxx-xxxx) City State Zip

Home Phone (xxx-xxx-xxxx) Mother’s Month & Day of Birth (mm/dd)

**Family Information**

**Parent / Guardian #1:**

First Name Last Name

Home Phone (if different from player) (xxx-xxx-xxxx) Work Phone & EXT (xxx-xxx-xxxx & EXT)

Cell Phone (xxx-xxx-xxxx)

Relationship (Circle one) Mother / Father / Guardian

**Family Information**

**Parent / Guardian #2:**

Physician’s Name Physician’s Phone Number

Please list any medication the player is currently taking

Please list any health problems or allergies

**Communication:**

E-mail

**Player Background:**

Did you play with USAi during the 11-12 season? Yes / No

Did you play with USAi REC or REC Plus last year? Yes / No

Do you have siblings who play for USAi Travel?

 What school do you attend?

First Name Last Name

 Did you play on your high school team?

Home Phone (if different from player) (xxx-xxx-xxxx) Work Phone & EXT (xxx-xxx-xxxx & EXT)

Cell Phone (xxx-xxx-xxxx)

Relationship (Circle one) Mother / Father / Guardian

**Information: Read the following information and check each box to indicate your agreement.**

I, as parent/legal guardian, hereby give permission to the Player's coach(es) and/or a representative of the United Soccer Alliance of Indiana, Inc. ("Club") to render first aid and to obtain any and all medical or surgical treatment necessary to be administered to the Player in the event of an accident, injury, sickness, or similar circumstance, until such time as the parent/legal guardian may be contacted. This authorization is effective for the time which the Player is participating in Club soccer tryouts, practices, or games, including traveling to or from such events, in Indiana or out-of-state. I also hereby assume the responsibility for payment of any such aid or treatment and will hold the club and its representatives harmless for any and all costs incurred as a result of such aid or treatment.

The Player's parent and/or guardian hereby consent and agree United Soccer Alliance of Indiana, Inc., its officers, directors, coaches, and other volunteers and the Indianapolis Parks and Recreation Department will not be liable for any injury or danger 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. This extends to any non-soccer, or non-sanctioned soccer or non-soccer activities in which individuals constituting a team may, on occasion, independently elect to participate, whether or not team names or Club uniforms are used. Further, the Club's medical insurance coverage for players may not cover activities not specifically sanctioned by the Club and/or the Indiana Youth Soccer Association.

Signature Date

**Información del jugador: Información de una persona para llamar en caso de emergencia:**

Nombre Apellido(s)

 Nombre de la persona Relación con el jugador

Sexo (m o f) Fecha de Nacimiento: mes/día/año (ej. 06/08/90)

 Su teléfono de casa (xxx-xxx-xxxx) Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (xxx-xxx-xxxx) Mes y día de nacimiento de la madre

(mes/día) (ej. 06/06)

**Información de la familia**

**Padre o tutor legal #1**

Nombre Apellido(s) Teléfono de casa (xxx-xxx-xxxx)

Teléfono del trabajo (xxx-xxx-xxxx)

Su teléfono del trabajo (xxx-xxx-xxxx) Su teléfono celular (xxx-xxx-xxxx)

Nombre del Médico del jugador Teléfono del médico

Escriba los medicamentos que el jugador toma

Escriba cualquier problema de salud or alergia

**Comunicación**

 E-mail

Teléfono celular (xxx-xxx-xxxx)

Relación con el jugador (elige uno): Madre Padre Tutor Legal

**Madre o tutor legal #2**

Nombre Apellido(s)

**Información del jugador:**

¿El jugador jugó con USAi en la temporada pasada? Sí No

¿Jugó en USAi Rec o Rec Plus la temporada pasada? Sí No

¿Tiene hermanos que juegan en Indy Burn?

 ¿A qué escuela asiste el jugador? Teléfono de casa (xxx-xxx-xxxx)

 ¿Ha jugado en el equipo de su escuela? Teléfono del trabajo (xxx-xxx-xxxx)

Teléfono celular (xxx-xxx-xxxx)

Relación con el jugador (elige uno): Madre Padre Tutor Legal

**Información: Lea la siguiente información y ponga una X en la casilla para indicar que usted está de acuerdo.**

Como padre/madre o tutor legal, doy mi permiso al entrenador o un representante del United Soccer Alliance of Indiana para que presten primeros auxilios y obtengan cualquier tratamiento médico que el jugador necesite en caso de accidente, herida, enfermedad, o circunstancia semejante hasta el momento en que puedan hallar al padre o tutor legal. Esta autorización es válida durante el tiempo de pruebas, prácticas, o partidos, incluyendo el tiempo de viajes dentro y fuera del estado de Indiana. Yo me haré responsable de los costos de cualquier tratamiento y reconozco que el club y sus representantes no tendrán ninguna responsabilidad en cuanto al pago de tal tratamiento o auxilio.

Los padres o el tutor legal del jugador están de acuerdo que United Soccer Alliance of Indiana, sus oficiales, directores, entrenadores, y otros voluntarios; y el Departamento de Recreo y Parques de Indianapolis 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. Esto incluye su participación en actividades fuera de las actividades del club en las que algunos miembros de un equipo puedan participar usando o no los uniformes o el nombre del equipo. Además, es posible que el seguro médico del club no cubra actividades no aprobadas por el club y/o la Asociación de Fútbol de Jóvenes de Indiana.

Firma Fecha