



Pachuca Futbol Club, USA
 P.O. Box 1021
 Olney, Maryland 20830-10221

Authorization and Medical Release Form

U: _____

PLAYER INFO	Child's Name:	Sex: M F	Grade:	DOB:
	Address:			
	US Citizen: Y N	MSYSA player #:		
	Home Phone:	Alternate Phone:		
	Insurance Company:	Policy Number:		
	Email:			

CONTACTS	Point of Contact:	Phone Number:
	Emergency (Other than Parent):	
	Physician:	
	Dentist:	

INFORMATION	Known Allergies or other pertinent Medical Information:

RELEASE	Recognizing the possibility of physical injury associated with soccer and in consideration of the Pachuca Futbol Club, USA, accepting my child for it's soccer programs and activities (the "Programs"), I hereby release, discharge and otherwise agree to indemnify the Pachuca Futbol Club, USA, and the Pachuca Academy, its affiliated organizations and sponsors, trustees, employees and associated personnel, including the owners of fields and facilities used for the Programs and/or being transported to or from the same.
	My child has received a physical examination by a physician and has been found physically capable of participating in the Programs.
	Therefore, I grant _____ and/or _____ or the team's coach or manager permission to act as my surrogate for my child for the purpose of obtaining medical treatment by a hospital and/or a doctor of medicine or dentistry. I also assume the financial responsibility for any medical and/or dental treatment rendered to my child.
	Signature of Parent or Guardian:
Date	



Pachuca Futbol Club, USA
 P.O. Box 1021
 Olney, Maryland 20830-10221

Forma de Autorización y Infomación Medica

U: _____

INFORMACIÓN DEL JUGADOR(A)	Nombre:	Sexo: M F	Grado:	Fecha de Nacimiento:
	Dirección:			
	Ciudadano?: Si No	Numero de MSYSA:		
	Teléfono de Casa:	Teléfono Alternativo:		
	Compañía de Seguranca:	Número de Póliza:		
	Email:			

CONTACTOS	Contacto Principal:	Nombre y Teléfono
	Emergencia (Alguien mas que lost padres):	
	Médico:	
	Dentista:	

INFORMACIÓN	Sabe de alergies o otra infomacion medical:

AUTORIZACIÓN	<p>Reconociendo la posibilidad de lesión física asociado con fútbol y en la consideración de Pachuca Futbol Club USA, aceptando mi hijo(a) para sus programas de fútbol y actividades (los "Programas"),yo suelto, descargo y estoy de acuerdo para indemnizar a Pachuca Futbol Club USA, y Pachuca Academy, su organizaciones afiliadas y patrocinadores, fideicomisarios, empleados, y personal asociado, incluyendo a los propietarios de campo y facilidades usados por los Progamas, contra y de algún reclamo de o en nombre de el registrado(a). Yo autorizó participación en los Programas y/o siendo transportado para o de el mismo.</p> <p>Mi hijo(a) ha recibido un examen físico por un medico y esta físicamente capacitado(a) de participar en los Programas.</p> <p>Por lo tanto, yo doy permiso a _____ y/o a _____ o el entrenador o director de mi equipo para actuar como mi sucedáneo por mi hijo con el propósito de obtener tratamiento medico por un hospital y/o un doctor o medicina o dentista. Yo también asumo la responsabilidad financiera for cualquier cuidado medico o cuidado dental dado a mi hijo(a).</p>
	Firma de Padre/Madre o de Guardian:
	Fecha: