



INTERNATIONAL SOCCER CUPS S DE RL DE CV

		FECHA:
NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	TELEFONO:	
ACADEMIA:	PROCEDENCIA:	
POSICIÓN:	CORREO ELECTRONICO:	
EV. NUTRICIONAL		
PESO	FOTO	
TALLA		
% DE GRASA		
EV. MEDICA		
SE REALIZA UNA EXPLORACIÓN FÍSICA EN BUSCA DE LESIONES PREEXISTENTES SECUNDARIAS A LA PRACTICA DEL FUTBÓL. ADEMÁS UNA PRUEBA DE APTITUDES FÍSICAS.		OBSERVACIONES:
<p>A través de la presente, autorizo a mi hijo a que participe en las actividades que INTERCUPS MX realice en entrenamientos y partidos, así como soccer camps, giras nacionales e internacionales. Reconociendo que la práctica de este deporte puede implicar lesiones corporales accidentales, por lo que relevo a International Soccer Camps S de RL de CV de cualquier responsabilidad derivada de las actividades de mi hijo dentro de las horas de entrenamiento, partidos y actividades que el club organice. Autorizo también que las imágenes y/o videos donde aparezca mi hijo puedan utilizarse en presentaciones, promociones que Intercups necesite. Reconozco también que llega plenitud de facultades físicas y mentales, al mismo tiempo quedo enterado que mi hijo será atendido por el área medica del club. En caso de ser necesario se trasladara al nosocomio más cercano, en el entendido que cada jugador deberá tener su seguro de gastos médicos o cubrir los gastos que se deriven de la atención medica.</p>		
_____ Nombre del padre o tutor		_____ Firma del padre o tutor
CDMX a ____ de ____ del 20 ____ .		