

DELAVAN YOUTH SOCCER CLUB

2017-18 REGISTRATION FORM

REGISTRATION AND FEE DEADLINE: JUNE 15, 2017

Player FIRST and LAST NAME BIRTHDATE and YEAR GENDER

ADDRESS

CITY STATE ZIP

FEE:

**u8 and up
\$125**

**Mini-Mites
\$60**

Choose from: YS (6-8), YM (10-12), YL (14-16), AS, AM, AL
SIZES RUN SMALL. Order larger sizes so your child can
wear them for the full year.

JERSEY SIZE SHORTS SIZE

My child can re-use last year's uniform (for the full
2017-18 program year) for a small discount on this year's order. My child's jersey number is: _____

I would like to turn in my child's uniform
(must be in good condition) for a small discount on this year's order.

MOTHER FIRST and LAST NAME FATHER FIRST and LAST NAME

MOTHER PHONE FATHER PHONE

MOTHER EMAIL FATHER EMAIL

EMERGENCY CONTACT / RELATIONSHIP EMERGENCY PHONE

DOCTOR DOCTOR PHONE

MEDICAL NOTES / ALLERGIES

PARTICIPANT MEDICAL RELEASE FORM AND APPROVAL

Recognizing the possibility of injury or illness, and in consideration for the Wisconsin Youth Soccer Association (WYSA), US Youth Soccer and members of US Youth Soccer accepting myself as a participant in the soccer programs and activities of WYSA, US Youth Soccer and its members (the "Programs"), I consent to participate in the Programs. Further, I release, discharge, and otherwise indemnify WYSA, US Youth Soccer, its member organizations and sponsors, their employees, associated personnel, and volunteers, including the owner of fields and facilities utilized for the Programs, against any claim by or on behalf of me as a result of my participation in the Programs and/or being transported to or from the Programs, which transportation I authorize.

I have received a physical examination by a physician and has been found physically capable of participating in the Programs. I give my consent to have an athletic trainer and/or doctor of medicine or dentistry provide me with medical assistance and/or treatment and agree to be responsible financially for the reasonable cost of each assistance and/or treatment.

CONCUSSION/HEAD INJURY: I agree that if I may have sustained a concussion or head injury that I am to be removed from the competition until such time that a trained medical professional can examine and approve my return to play soccer. In such case, I understand that I am to provide a written clearance to return to play soccer.

Participant Signature Parent/Guardian Signature Date

Delavan Youth Soccer Club

2017-2018 Forma de inscripción

Fecha de límite con pago, 15 de junio 2017

Primer Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento y AÑO

Género

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Cuota de inscripción
\$125 - equipo que viaja
\$60 - mini mites (niños
pequeños)

Escoja: YS(6-8), YM(10-12), YL(14-16), AS, AM, AL
LAS TALLAS CORREN CHICAS entonces ordene una talla
más grande para que le quede toda la temporada.

Talla de Camisa

Talla de short

Mi jugador/a puede usar el mismo uniforme del año pasado
para toda la temporada del 2017-2018. El número de la camisa es _____.

Me gustaría entregar el uniforme de mi jugador/a
(tiene que estar en buena condición) para recibir un descuento esta temporada.

Primer nombre de Madre y apellido

Primer nombre de Padre y apellido

Teléfono de Madre

Teléfono de Padre

Correo electrónico de Madre

Correo electrónico de Padre

Nombre de Contacto de emergencia y relación

Número de emergencia de contacto

Doctor

Teléfono de doctor

Notas de médico o alergias

Autorización de Tratamiento Médico

Reconociendo las posibilidades de lesión o enfermedad y con la consideración de Wisconsin Youth Soccer Association (WYSA), U.S Youth Soccer y sus miembros (los programas), doy reconocimiento para participar en los programas. Además indemnizo a WYSA, U.S Youth Soccer, sus organizaciones y patrocinadores, sus empleados, personal autorizado y voluntarios, incluyendo el dueño de los campos y las instalaciones utilizadas para los programas, contra cualquier reclamación mía o por mi parte por resultado de mi participación en el programa o al haber sido transportado al o del programa con mi permiso.

He recibido un examen médico por un profesional que confirma mi habilidad para jugar físicamente en el programa. Doy permiso a que un director de atletismo, un médico o dentista me provee asistencia médica o tratamiento y estoy de acuerdo con ser responsable financieramente por el gasto por cada tratamiento o ayuda.

CONMOCIÓN CEREBRAL O HERIDA EN LA CABEZA

Estoy de acuerdo que si recibo una conmoción cerebral o una herida en la cabeza debo ser eliminado de un juego o competición hasta que un médico profesional me pueda examinar y autorizar mi regreso al fútbol. En dado caso, entiendo que debo entregar una hoja médica dándome de baja para poder jugar.

Firma de Jugador

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Comet Soccer Camp



June 19-23

U8-U14

4:30-6:30

At DDHS Soccer Complex

\$50 Per Camper (includes T-Shirt)



Instruction by DDHS Coaches Mike Marse and Francisco Huerta with current and former DDHS soccer players.

Camp will cover all basic skills including team work, communication, and off the ball movement.

Make checks payable to DDHS Booster Club

Send payment and registration to:

Mike Marse

322 N Wright St

Delavan, WI 53115

Email 67mikemarse@gmail.com

Each camper should bring:

- Shin-guards
- Water
- Soccer ball (if you have one)



Name _____

Age _____ Shirt Size _____ Phone _____

Email _____

Waiver: I, as parent/guardian of named child, assume all risk and hazards incidental to my child's participation in the Comet Soccer Camp. I hereby waive, release, absolve, and agree to hold harmless the Comet Soccer Camp, Delavan-Darien School District, Delavan Soccer Club, DDHS Booster Club their officials, supervisors, coaches, and participants to any claims and damages as result of my child's participation.

Signed: _____

Name _____ Date _____