



2015-2016 School Soccer Tournament

Waiver Release Statement

As parent/guardian of the above participant in this program, I hereby take all responsibility concerning my child's physical condition upon entering 2015-2016 School Soccer Tournament. I recognize, acknowledge and agree to assume the full risk of any injuries, damages or loss, which may be sustained as a result of participating in any and all activities connected or associated with such program. I further agree to indemnify and hold harmless Gool Soccer Fields and any coach, officer or employee of the tournament from any and all claims sustained by my child/children, arising out of, connected with, or in any way associated with the activities of the program. I confirm that my child has up-to-date health insurance coverage and understand that Gool Soccer Fields does not provide health insurance for participants. In the event of an emergency, I authorize any treatment deemed necessary from any accredited hospital and/or physician(s) for the immediate care of my child/children. I agree that I am responsible for providing insurance coverage and payment for any and all medical services rendered. By signing below, I acknowledge that I have read the waiver above and agree and comply with the information contained in the waiver.

Name of Player: _____

Nombre del Jugador

Signature of parent or guardian: _____

Firma del padre o tutor

Print name: _____ **Date:** _____

Nombre del Padre o Tutor

Fecha

Phone Number: _____

Número de Teléfono

School: _____

Escuela

Declaración de Liberación de Renuncia Voluntaria

Como el padre/tutor del niño/a participante en este programa, por este medio tomo toda la responsabilidad acerca del estado físico de mi niño para entrar en el Torneo de Fútbol Escolar 2015-2016. Reconozco y me comprometo en asumir por completo el riesgo de cualquier herida, daños o pérdida, que pueda suceder a consecuencia de la participación en alguno y todas las actividades relacionadas o asociadas con tal programa. Asimismo me comprometo a no responsabilizar a Gool Soccer Fields, entrenador, oficial o empleado del torneo de alguno y todas las reclamaciones sostenidas por mi niño/niños, que puedan provenir, o estén relacionadas con, o de cualquier modo asociado con las actividades del programa. Confirmando que mi niño tiene la cobertura de seguros de salud actualizada y entendiendo que Gool Soccer Fields no proporcionan el seguro médico para participantes. En caso de una urgencia, autorizo cualquier tratamiento que se juzgue necesario de cualquier hospital acreditado y/o médico (s) para el cuidado inmediato de mi niño/niños. Estoy de acuerdo que soy responsable de proporcionar la cobertura de seguros y el pago para alguno y todos los servicios médicos dados. Firmando abajo, reconozco que he leído esta renuncia voluntaria y estoy de acuerdo y cumplo con la información contenida en la misma.