

Warrenton Soccer

P.O. Box 3134
Warrenton, VA 20188

540 347-7289

www.warrentonsoccer.com

PARENTAL MEDICAL AUTHORIZATION & RELEASE FORM/ PERMISO PATERNAL DE AUTORIZACION MEDICA Y FORMULARIO DE LIBERACION

This is to certify in the event of injury or illness to my child, / _____
En el caso de lesión o enfermedad de mi hijo,

I hereby grant authority to a qualified physician to render such medical treatment as said physician deems necessary under the circumstances. / **Autorizo a un médico cualificado el suministrar tratamiento que crea necesario según las circunstancias.**

My child has the following medical conditions and allergies, which should be noted. / **Mi hijo padece de las siguientes condiciones médicas y alérgicas. (PRINT CLEARLY) / (ESCRIBA CLARAMENTE)**

I have medical coverage for my child through: / **El seguro médico de mi hijo es ofrecido a través de:**

Policy #/ **Número de Seguro** _____ ID#/ **Número Identificativo** _____

In an emergency I can be reached at the following numbers / **En caso de emergencia me pueden localizar en los siguientes números de teléfono:**

Home: / **Casa:** _____ Work: / **Trabajo:** _____

If I cannot be reached, you can contact the following person: / **Si no puedo ser localizado, contacte con:**

Relation: / **Relación o parentesco:** _____ Name: / **Nombre:** _____

Phone: / **Teléfono** _____

Family physician: / **Médico de la familia** _____

Address: / **Dirección** _____ City: / **Ciudad** _____

State: / **Estado:** _____ Zip-Code: / **Código Postal** _____ Phone: / **Teléfono:** _____

_____ Date: / **Fecha** _____

(Signature-Parent or Guardian)

(Firma del padre o guardián)