



FOTO 2X2  
PROVISTA POR  
EL CLUB

## SOLICITUD DE INSCRIPCION

NOMBRE DEL PARTICIPANTE			
DIRECCION POSTAL			
DIRECCION FISICA			
TEL RESIDENCIAL	CELULAR	E-MAIL	
COLEGIO O ESCUELA	GRADO	EDAD	FECHA NACIMIENTO M/D/A
NOMBRE DEL PADRE			
OCUPACION		LUGAR DE TRABAJO	
TEL TRABAJO	CELULAR	E-MAIL	
NOMBRE DE LA MADRE			
OCUPACION		LUGAR DE TRABAJO	
TEL TRABAJO	CELULAR	E-MAIL	
OTRA PERSONA DE CONTACTO			
TEL RESIDENCIAL	CELULAR	TEL TRABAJO	

### PAGO POR SEMESTRE ESCOLAR AGOSTO A DICIEMBRE

INICIO	CUOTA	MATRICULA	DESCUENTO	TOTAL
AGOSTO	200.00	10.00	25.00	<b>185.00</b>
SEPTIEMBRE	160.00	10.00	N/A	<b>170.00</b>
OCTUBRE	120.00	10.00	N/A	<b>130.00</b>
NOBIEMBRE	80.00	10.00	N/A	<b>90.00</b>
DICIEMBRE	40.00	10.00	N/A	<b>50.00</b>

### RELEVO DE RESPONSABILIDAD

*Consciente que el soccer es un deporte de contacto físico, renuncio a cualquier derecho de reclamación por daño contra Caribe Soccer Club Corp., sus instructores o empleados, a quienes también libero de cualquier responsabilidad por daño, lesión, agravio, reclamación, demanda, acción, costas y gastos de cualquier naturaleza a que pueda tener derecho. Acepto, entiendo y asumo que existe un riesgo de daño en este tipo de actividad, debido a la naturaleza física de la misma. También declaro que el participante ha sido examinado por un médico certificado y declarado capacitado para participar en este tipo de actividad física. Autorizo a Caribe Soccer Club Corp., para que en caso de una emergencia, brinden primera ayuda y/o trasladen al participante al hospital o centro de salud mas cercano. En adición, autorizo a Caribe Soccer Club Corp. a utilizar fotos y videos de los eventos en donde mi hijo aparezca con fines de promover a Caribe Soccer Club Corp. y el deporte de soccer en todos los medios. Entiendo una vez aceptada la inscripción del participante que no habrá reembolso de dinero.*

***Al matricularse todo participante estara cubierto por una Poliza Especial de Accidente.***

**ACEPTO HABER LEIDO TODA LA INFORMACION Y ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO EXPUESTO.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA