



**Lista de jugadores y formulario de consentimiento
Team Roster & Waiver Form**

Último día de registro: 30 de abril de 2010

Cuota: \$350 por equipo (Se requiere pago para registrarse)

Fecha del evento: 6 de junio de 2010

Lugar: J.M. Tull-Gwinnett Family YMCA,
2985 Sugarloaf Parkway, Lawrenceville, GA

*Nota: habrá una reunion para los capitanes de los equipos
antes del evento.

Registration deadline: April 30

Fee: \$350 per team (must be paid to register)

Event Date: June 6, 2010

Location: J.M. Tull-Gwinnett Family YMCA,
2985 Sugarloaf Parkway, Lawrenceville, GA

*Note: A Captains' meeting will be held prior to the event

**ESTE FORMULARIO DEBE SER ENTREGADO CON EL FORMULARIO DE REGISTRO O A LA MESA DE CONTROL
EL DÍA DEL EVENTO ANTES DE QUE COMIENCEN LOS PARTIDOS.**

**THIS FORM MUST BE COMPLETED AND TURNED IN ALONG WITH REGISTRATION FORM OR AT THE
REGISTRATION TABLE ON TOURNAMENT DAY BEFORE PLAY BEGINS**

Consentimiento legal: Considerando mi participación en la Copa Latina de Atlanta, asumo la responsabilidad y el riesgo de participar en partidos de fútbol, durante los cuales no haré responsables a los organizadores del torneo, a la Asociación Latinoamericana, al YMCA de Metro Atlanta ni a los miembros de las mismas a través de demandas o ningún tipo de acción legal en caso de que se presentará cualquier tipo de lesión o muerte, sea ésta accidental o infundida. A su vez, accedo a respetar todas las reglas y regulaciones del torneo y de sus organizadores. En caso de necesitar tratamiento médico u hospitalización, me hago responsable de todos los costos relacionados.

Liability Waiver: In participating in the Copa Latina de Atlanta, I assume the risk of engaging in soccer games, and further agree to hold harmless tournament organizers, the Latin American Association and the Metro Atlanta YMCA and its staff members conducting the tournament from any claims, suits, loses, or related causes of action for damages, including, but not limited to such claims that may result from my injury or death, accidental or otherwise, during or arising in any way from the soccer tournament. I agree to abide by all league rules and regulations. If I were to require immediate medical treatment, I will be responsible for all costs related to treatment/hospitalizations.



NOMBRE DEL EQUIPO (TEAM NAME): _____

DIVISIÓN (DIVISION): Hombres 18+ /Men 18 + up/ Hombres 16-21 años /Men 16-21 Mujeres 16+ /Women 16+up

	Nombre (Name)	Teléfono Cel. (Cel #)	E-mail	Firma* (Signature*)
1	<u>Captain/Capitan:</u>			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

*Se requiere la firma del padre o responsable legal en el caso de menores de edad. *Parent or legal guardian's signature in the case of minors.