



YAKIMA YOUTH SOCCER ASSOCIATION

Mailing Address: P.O. Box 9336 Yakima, WA 98909

Office: 313 S. 11th Ave. • Suite #B

(509) 452-1392 • email: yysaoffice@yvn.com • www.yysa.org

SUMMER REGISTRATION FORM

****Copy of State Certified Birth Certificate Required for New Players*
(Hospital Certificates Not Acceptable)***

NO PERSONAL CHECKS

Name _____ Birth Date ____ / ____ / ____ Age ____ Sex ____

(Legal Name Only)

Previous team _____ Wish same team YES or NO

Comments about team placement _____

Home Phone _____ Emer Phone _____

Address _____

City _____ State ____ Zip Code _____ E-mail _____

School Attending in FALL _____ FALL Grade ____

Father _____ Home Phone _____ Work _____

Mother _____ Home Phone _____ Work _____

REGISTRATION FEES

\$75.00 per player.

Players already registered with YYSA or WYSA affiliated pay only \$55.00 per player

Team Registration : \$100

(refundandable if fulfilling league expectations/requirements)

Volunteer coaches needed! YYSA will provide your training. Yes, I will coach

RELEASE AND CONSENT CLAUSE

1. The undersigned give the above named child permission to participate in the YYSA program. I also agree to release the YYSA of all personal and financial liability above and beyond that covered by its insurance for any injury sustained by that child during the course of YYSA sanctioned activities. I authorize all medical surgical diagnostic and hospital procedures as may be performed or prescribed by a duly licensed Doctor of Medicine or Doctor of Dentistry for the above named child if I cannot be reached in case of an emergency.

List any medical problems, allergies or prohibition player has: _____

Doctor to call in case of emergency _____ Telephone _____

Signature _____ Date _____

(Required)

Parent or Gaurdian



Asociacion Juvenil de Futbol de Yakima
 Direccion para enviar: P0 Box 9336 Yakima WA 98909
 Oficina: 313 S. 11th Ave. • Suite#B
 Telefono: (509) 452-1392 www.yysa.org

FORMA DE REGISTRACION DE VERANO

**Copia del Acta de Nacimiento Certificada por el estrado requerido para nuevos jugadores. (Certificados del Hospital no son aceptados)*

NO CHEQUES PERSONALES

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Edad _____ Sexo _____
 (nombre legal solamente)

Equipo Previo _____ Desea el mismo equipo SI o NO

Comentarios acerca de la colocación de la equipo _____

Telefono de casa _____ Telefono de emergencia _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codico _____ E-Mail _____

Escuela que van a asistirin _____ Grado(otono) _____

Padre _____ Telefono de la casa _____ de trabajo _____

Madre _____ Telefono de la casa _____ de trabajo _____

HONORARIOS DE REGISTRACION

\$75 por jugador.

Jugadors ya registrados con YYSa o Asociacion afiliada a WYSA solo pagan \$55.00

Registracion por Equipo: \$100.00

(reintegrable si se cumple con las expectativas/ requisitos de la liga)

¡Entrenadores voluntarios necesaries! YYSa proporcionará entrenando Sí, entrenaré

Clausula de Liberacion Y Consentimiento

1. El padre/tutor/guardian doy permiso al nombrado niño/a a participar en el programa YYSa. Yo tambien estoy de acuerdo de liberar a YYSa de toda clase de reclamos personales y financieros arriba y mas aye que es cubierto por su aseguransa por algun dano que pueda sostener el nub/a durante el curso de YYSa actividades sancionada. Yo autorizo toda diagnostica sirugia mediactal y procedimiento hospital que pueden realizar or recetar por un Doctor debidamente de Medicina o un Dentists pare el niflo/a nombrado arriba Si flo pueden comunicarse en cave de emergencia. Escriba cualquier problema medical.

Allergia o prohibicion que tenga el jugador _____

Doctor que notificar en cas o de emergencia _____

Telefono _____

Firma _____ Fecha _____
 (Requerida) Padre o Guardian