



# Federación Puertorriqueña de Fútbol

PO Box 367567 San Juan, PR 00936

Tel: 787-765-2895 \* 787-753-6905 Fax: 787-767-2288

email: registro@fedefutbolpr.com

FOTO

## INFORMACIÓN DE JUGADOR

# Carnet

NOMBRE

APELLIDOS

SEXO

F  
 M

DIRECCIÓN

PAÍS

COD. POSTAL

CIUDADANÍA:

USA  
 OTRO

TEL: ( )

Fecha Nacimiento :

# pasaporte \_\_\_\_\_

CEL: ( )

Mes / día / año

USA  
 Otro

CORREO ELECTRONICO:

Pie Diestro  
 Der.  
 izq.

POSICIÓN:

Pasaporte del Jugador ( se aneja el documento a completar)

Por la presente doy mi consentimiento para estar registrado como jugador  AMATEUR  PROFESIONAL dentro del Club:

\_\_\_\_\_ en la Categoría \_\_\_\_\_ y me comprometo a respetar y aceptar los Estatutos y Reglamentos de la FPF, FIFA y otras organizaciones. Que relevo a toda entidad de cualquier reclamación por daños y perjuicios contra mi persona en el desempeño de jugador. Que aceptaré la decisión final que determinen los tribunales deportivos en cualquier situación que amerite. Me comprometo a participar en los Torneos que se realizan con el aval de la FPF. De ser llamado para formar parte de cualquier Selección Nacional estaré disponible, así a someterme a las pruebas de dopaje (No aplica a menores de edad) cuando la Federación lo estime necesario (Reglamento sobre el Estatuto y la Transferencia del Jugador). Certifico que las respuestas dadas en este formulario son fieles y exactas y que en la actualidad no estoy castigado ni suspendido por alguna organización afiliada a la FPF y FIFA. Además reconozco que no estoy bajo ningún contrato profesional en otro equipo. Este acuerdo estará vigente para la FPF durante el año en curso. Jugadores que hayan sido registrados y se encuentran en proceso de transferencia, necesitarán un relevo del club de procedencia para el club al que se transfiere. Este último pagará la cantidad de \$100.00 a la FPF para el proceso del mismo. (No aplica a menores de 12 años).

Firma del Jugador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Representante del Club \_\_\_\_\_

(Menor de 18 firma del encargado)

### Certificación Médica:

Especificar las enfermedades o condiciones de salud que padece el jugador actualmente;

---

---

Medicamentos recetados y dosis que toma actualmente:

---

---

Indique las enfermedades o cirugías pasadas que sean relevantes y que deban tomarse en consideración dada la actividad física en el deporte del Fútbol:

---

---

Indique alergia: \_\_\_ Penicilina \_\_\_ Aspirina \_\_\_ Otros (detalles) \_\_\_\_\_

Presión Arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Visión: \_\_\_\_\_

Certifico que la información suministrada del jugador es correcta de acuerdo a su historial médico y que el mismo **está** \_\_\_\_\_ **no está** \_\_\_\_\_ capacitado para participar y entrenar en el deporte del Fútbol.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde del médico

\_\_\_\_\_  
Especialidad

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
# Licencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

Esta registración debe estar completada en su totalidad y con todos los requisitos, no es válida a menos que esté reconocida por el Secretario General y/o la Registradora.

#### Requisitos:

- 1- Foto 2x2 ( 1)
- 2- Copia pasaporte
- 3- Copia certificado nacimiento ( solo para competencia internacionales)

#### Uso oficial solamente:

Fecha de entrega de solicitud: \_\_\_\_\_

Recibido por : \_\_\_\_\_

Aprobado: \_\_\_\_\_

No Aprobado: \_\_\_\_\_

Secretario General: \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_