



REQUISITOS PARA SOLICITAR MEMBRESÍA A LA FPF, APLICABLES A **JUGADORES(AS)***

****Recuerde que al entregar su solicitud, debe incluir TODA la información y documentos requeridos. De omitir algún documento o información, se devolverá su solicitud sin radicar.***

Requisitos Generales

- Completar en todas sus partes el formulario oficial para inscripción o renovación
- Incluir una (1) foto tamaño 2x2 reciente
- Someter copia de Certificado de Nacimiento o Pasaporte (no aplica a renovación)
- Completar la *Hoja de Pasaporte* del jugador/a (a partir de los 15 años)
- Presentar Certificación Médica

Costo y Método de Pago

- El pago podrá someterse en efectivo, giro o cheque a nombre de la Federación Puertorriqueña de Fútbol (FPF)
- Costo a pagar:
 - Jugadores(as) en las categorías Sub-5 a Sub-11 - **\$2.00**
 - Jugadores(as) en las categorías Sub-13 hasta Master - **\$5.00**

[Recibirán un carnet con número federativo y fecha de vencimiento al 31 de diciembre del año corriente]



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE JUGADORES(AS)

Tipo de Solicitud <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Nuevo Registro		Núm. de Carnet
Nombre	Apellidos	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección Postal		Teléfono
Ciudad	Código Postal	Móvil
¿Tiene pasaporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo Electrónico	
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Lugar de Nacimiento (Ciudad, País)	
Edad	Posición	Pie Diestro <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo

Certificación de Consentimiento y Compromiso*

Por la presente doy mi consentimiento para estar registrado como jugador amateur dentro del Club _____ en la Categoría _____ y me comprometo a respetar y aceptar los Estatutos y Reglamentos de la FPF, FIFA y otras organizaciones. Relevo a toda entidad de cualquier reclamación por daños y perjuicios contra mi persona en el desempeño de jugador. 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, conforme al *Reglamento sobre el Estatuto y la Transferencia del Jugador de FIFA*.

Certifico que las respuestas dadas en este formulario son fiel y exactas y que en la actualidad no he sido penalizado ni suspendido por alguna organización afiliada a la FPF y FIFA. Además reconozco que no estoy bajo ningún contrato profesional con otro equipo. Este acuerdo estará vigente para la FPF durante el año en curso.

***Jugadores que hayan sido registrados en la FPF y que se encuentran en proceso de transferencia, deberán completar la solicitud requerida (Transferencia de Jugador) y necesitarán un relevo del club de procedencia para el club al que se transfieren. Este último pagará la cantidad de \$100.00 a la FPF como parte del trámite requerido (no aplica a menores de 12 años).**

Firma del jugador

Firma del Club (Personal Autorizado)

Firma del Padre/Madre o Encargado (Menores de 18 años)

Fecha

Para validar esta solicitud, **ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMPULSORIOS**

- Cuota anual requerida: \$2 (U-5 a U-11), \$5 (U-13 hasta Master)
- Foto 2x2
- Copia de pasaporte
- Copia de certificado de nacimiento



CERTIFICACIÓN MÉDICA

Especifique 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 requerida 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 APTO NO ESTÁ APTO para participar y entrenar en el deporte del Fútbol.

Nombre del Médico (En letra de molde) _____
Firma del Médico

Especialidad _____
Núm. de Licencia _____
Fecha

Correo Electrónico

