

Departamento de Parques y Recreación de Watertown  
514 South First Street  
920-262-8080

## 2019 Fall Little Kicker's Soccer

**Formato:** este programa de fútbol de instrucción es para niños y niñas de escuela primaria elegibles para Kindergarten de 4 años (4 años de edad hasta el 1 de septiembre de 2019).

**Edades:** 4 años al 1 de septiembre de 2019.

**Ubicación:** Brandt / Quirk Soccer Complex - Campo 4 (por canchas de tenis).  
Se pueden utilizar ubicaciones alternativas en el caso de condiciones de campo húmedo.

**Fechas:** sábados por la mañana del 14 de septiembre al 19 de octubre de 2019.

**Horario:** 9: 00-10: 00 am

**Camisetas:** proporcionadas a todos los jugadores para ser usadas durante el año escolar - Otoño 2019-Primavera 2020.

**Facebook:** "Me gusta" Watertown Park y el Departamento de recreación para obtener actualizaciones sobre la programación y cancelaciones de clima.

**Registro:** Aceptado en la oficina de parques y recreación hasta el 12 de agosto de 2019.

**Cuotas:** \$ 30.00 / residente de la ciudad \$ 45.00 / no residente de la ciudad  
Se agregará un recargo de \$ 10.00 a las inscripciones recibidas después del 12 de agosto de 2019.

**Regístrese en línea:** <https://watertownwi.recdesk.com/community>

**Especial El departamento hará todo lo posible para cumplir con las regulaciones asociadas con el**

**Necesidades:** Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). En el espacio provisto, haga una lista de las necesidades especiales que el participante pueda tener que beneficiarían su participación en este programa. El departamento intentará satisfacer estas necesidades y se comunicará con usted para hablar sobre la participación. Los padres deben comunicar cualquier necesidad especial con su entrenador.

---

### Departamento de Parques y Recreación de Watertown 2019 Fall Little Kickers Fútbol

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha DOB \_\_\_\_\_ M o F

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tamaño de la camisa: YS YM Otro: \_\_\_\_\_

Indique cualquier necesidad especial o condición médica que tenga este participante

Entiendo el riesgo inherente de lesiones al participar en este programa deportivo y verifico que mi hijo esté en condiciones de participar médicamente. Doy mi permiso a los supervisores de este programa para que tomen las medidas adecuadas en caso de que mi hijo necesite atención médica de emergencia. También libero a los grupos patrocinadores y sus agentes de cualquier reclamo que surja de la participación de este niño en esta actividad.

Firma del padre / madre / tutor \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Cuota pagada: \$ 25.00 / cr \$ 37.50 / ncr

# Watertown Park & Recreation Department

## Parent & Athlete Concussion Agreement

Como padre y como atleta, es importante reconocer los signos, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales. Al firmar este formulario, usted declara que comprende la importancia de reconocer y responder a los signos, síntomas y comportamientos de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza.

Acuerdo de los padres:

Yo / nosotros hemos leído la información sobre conmoción cerebral de los padres y la lesión en la cabeza y entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. Yo / nosotros también entendemos los signos, síntomas y comportamientos comunes. Estoy / estamos de acuerdo en que mi hijo debe ser retirado de la práctica / juego si se sospecha una conmoción cerebral.

Entiendo / entendemos que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me informa una sospecha de conmoción cerebral.

Entiendo / entendemos que mi hijo no puede regresar a la práctica / juego hasta que proporcione la autorización por escrito de un proveedor de atención médica apropiado a su entrenador.

Entiendo / entendemos las posibles consecuencias de que mi hijo vuelva a practicar / jugar demasiado pronto.

Acuerdo del atleta:

Yo / nosotros hemos leído la información sobre la conmoción cerebral del atleta y la lesión en la cabeza y entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada.

Entiendo / entendemos la importancia de informar una sospecha de conmoción cerebral a mis entrenadores y a mis padres / tutores.

Entiendo / entendemos que el atleta debe ser retirado de la práctica / juego si se sospecha una conmoción cerebral. Entiendo / entendemos que el atleta debe proporcionar a mi entrenador un permiso por escrito de un proveedor de atención médica adecuado antes de regresar a la práctica / juego.

Comprendo / entendemos la posible consecuencia de volver a practicar / jugar demasiado pronto y el cerebro de ese atleta necesita tiempo para sanar.

Para obtener información sobre conmoción cerebral, visite nuestra oficina para obtener una copia en papel, nuestra página de Facebook ("Me gusta" Watertown Park and Recreation Dept), o visite nuestro sitio web [www.ci.watertown.wi.us](http://www.ci.watertown.wi.us).

\*\*\*\*\*

### Acuerdo de Concusión de Padres / Atletas

Mi hijo y yo hemos leído las declaraciones anteriores y firmamos reconociendo que si se sospecha una conmoción cerebral, el atleta no jugará hasta que el proveedor de atención médica le dé la autorización.

Padre/

Firma del tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del atleta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_