

CITY OF EL MONTE COMMUNITY SERVICES DEPARTMENT

11001 Mildred Street, El Monte, California 91731

Phone: (626) 580-2216

**ADULT TEAM APPLICATION
SOCCER**

Resident Team

Sponsor Team

New Team

1. Team Name/Nombre del Equipo (Print): _____ (Alternate Choice/Nombre Alternativo): _____
2. Team Manager/Dirigente del equipo: _____ Email: _____
Bus. Ph. () _____ Cell Ph.: () _____ Home Ph.: () _____
3. Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____ Zip Code/Código Postal: _____
4. Assistant Manager/Asistente del Dirigente: _____ Email: _____
Bus. Ph. () _____ Cell Ph.: () _____ Home Ph.: () _____
5. Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____ Zip Code/Código Postal: _____

TEAM INFORMATION/INFORMACION DEL EQUIPO:

6. Played in last league/División: City _____ Year: _____ Division: _____
7. Participación en ultima liga/División: Ciudad _____ Año: _____ División: _____
8. Uniform Color/Color de Uniforme: _____
9. Sponsor/Patrocinador: _____ City/Ciudad: _____
Contact person/Persona a cargo: _____ Title/Posición: _____ Phone/Teléfono: () _____

PLAYING EXPERIENCE/EXPERIENCIA JUGANDO:

Beginner/Principiante: Intermediate/Intermedio: Advanced/Avanzado:

PLAYING AVAILABILITY/DIAS DISPONIBLES PARA JUGAR:

Mondays/Lunes 6 vs 6 Coed: Thursdays/Jueves 6 vs 6 Mens:

Friday/Viernes 6 vs 6 Mens:

Sunday/Domingo 6 vs 6 Mens: Sunday/Domingo 6 vs 6 Womens:

"In consideration of the acceptance of my application for entry in the Soccer program and as the captain of the team herein below, I hereby agree to the following conditions: 1. Should my team drop after the Manager's Meeting, that my deposit will not be refunded. 2. Should my team drop within 48 hours of the start of league play that my team will incur charges necessary for re-scheduling of the league and any remaining monies will be refunded to the team. 3. Should my team drop after the start of league play, that there will be no refund of league fees. 4. I also realize my responsibility to inform all players on my team of the lack of medical coverage should the team elect not to pick up the optional P.M.B.F. coverage, as it is not included in league fees. Furthermore, I realize my responsibility to inform all my players of all league rules, the Players' Code of Conduct and to have all players on my team read and sign the waiver on the Team Roster or Add/Drop sheet." "By affirming my signature below, I verify that I have read and understand the aforementioned statement and will comply with its agreement. I also accept my responsibility, on behalf of my team, to pay all league fees and expenses accrued by my team including any charges or expenses incurred by the "City" in the collection of same."

[For translation purposes only. For legal contract see English version.]

"Considerando que mi aplicación sea aceptada para el programa de fútbol y como dirigente del equipo yo acepto las siguientes condiciones: 1. Si mi equipo se saliera después de la junta de administradores, mi depósito no será reembolsado. 2. Si mi equipo dejara de jugar dentro de un margen de 48 horas antes del inicio de la liga, mi equipo deberá pagar una cuota necesaria para cubrir los gastos de re-assignar la liga. El dinero restante será reembolsado al equipo. 3. No recibiré reembolso si mi equipo decide salirse de la liga una vez esta haya dado inicio. 4. Como encargado del equipo es mi responsabilidad informar a todos los jugadores que el equipo no recibirá cobertura medica a menos que el equipo decida pagar la cobertura P.M.B.F. la cual no esta incluida en el costo de la liga. Además, es mi responsabilidad el informar a todos mis jugadores de las reglas, el Código de la Conducta de Jugadores y asegurarme que todos los participantes lean y firmen la lista de jugadores y/o la forma para añadir jugadores". " Firmando la línea de abajo, yo verifico que he leído y entendido lo antes descrito y que cumpliré con este contrato. También acepto mi responsabilidad, a nombre de mi equipo, a pagar la cuota y los cargos acumulados por el mismo incluyendo cualquier cargo o gasto incurrido por la "Ciudad de El Monte".

Manager's Signature/Firma del Dirigente: _____ Date/Fecha: _____

Home Phone: () _____ Cell Ph.: () _____ Bus. Ph.: () _____