

Distrito Escolar de North Marion

PERMISO PARA PARTICIPAR EN ATLETISMO

Esta forma de Participación para Atletismo, servirá para todo el año escolar.

(Anotar que: Es la responsabilidad de los padres/guardianes de informar a la escuela sobre cualquier cambio en la condición médica de su estudiante).

Apellido del Atleta:	Primer Nombre:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Grado:

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES:

Padres/Guardianes		
Calle/Dirección Postal		
Ciudad Estado C.P.		
Números de Teléfono	Hogar:	Trabajo:
Información de contacto adicional:	Celular:	Correo Electrónico:

EN CASO DE EMERGENCIA: SI LOS PADRES NO PUEDEN SER CONTACTADOS – NOTIFICAR A:

Nombre	Teléfono	
Nombre	Teléfono	
Médico de Familia	Teléfono	
Hospital Preferido	Alergias Conocidas	

NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES: ES LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/ATLETA INFORMAR A LOS ENTRENADORES ACERCA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES. (FAVOR ESPECIFICAR ABAJO):

Inhalante, Lápiz de Epinefrina, Alergias, Otros:	Fecha de último examen físico:
--	--------------------------------

- Si No Quiero que mi hijo(a) tenga el privilegio de participar en atletismo en la escuela Secundaria y Preparatoria de North Marion. Mientras tanto yo espero que las autoridades escolares ejerzan las precauciones necesarias para evitar lesiones, entiendo que no asumen ninguna obligación financiera por cualquier daño que pueda ocurrir. Se me ha informado de que los estudiantes son responsables del equipo de todos los jugadores que es prestado y que es propiedad de la escuela.
- Si No El entrenador del equipo, medico, e instructor pueden administrar tratamiento de primeros auxilios hasta que el médico de familia pueda ser contactado.
- Si No Damos nuestro consentimiento para que los entrenadores, instructores y el equipo médico para usar su propio juicio en el beneficio de asistencia médica y servicio de ambulancia en caso de que los padres no pueden ser contactados.
- Si No Va a aplicar para el Almuerzo Gratis/Reducido para el año escolar actual?

PERMISO: DAMOS PERMISO PARA QUE NUESTRO HIJO(A) PARTICIPE EN EL SIGUIENTE DEPORTE(S):

Temporada:	Deporte:	Escuela: Secundaria/Preparatoria

INFORMACION DE SEGURO: TODO DEPORTISTA DEBE TENER UNA POLIZA DE SEGUROS Y PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIONAN:

<input type="checkbox"/> Nuestras formas escolares/pagos de seguro están ya incluidos:	Fecha:
<input type="checkbox"/> No deseamos tener seguro escolar y asumiremos cualquier riesgo financiero. Nuestra póliza de seguros esta con: Compañía de Seguros: _____ Numero de Póliza: _____	

Aceptamos y estamos de acuerdo con la información citada anteriormente, y reconocemos que hemos recibido y leído el Manual de Deportes y Actividades para Padres y Estudiantes de la Secundaria y Preparatoria de North Marion y acordamos cumplir con sus políticas.

Firma de Padre o Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

DEBE TENER LA FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN