

FORM 9 – ATHLETIC PARTICIPATION FORM
FORMATO 9 – PERMISO PARA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____ 20____ - 20____
 en otoño Añ o académico _____

Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono Particular _____

Información del la Madre

Información del la Padre

Información del la Tutor legal

Nombre: _____ Nombre : _____ Nombre : _____

Tfno Trabajo: _____ Tfno Trabajo : _____ Tfno Trabajo : _____

Tfno celular: _____ Tfno celular : _____ Tfno celular : _____

A QUIÉN CORRESPONDA:

Yo/nosotros, loal padres/tutor legal doy/damos permiso para que mi/nuestor hijo _____

Participle en:

(Por favor, marque, y escribe iniciales y fechas para cada deporte e n que participará su hijo en el año académico actual)

<input type="checkbox"/> Beisbol _____	<input type="checkbox"/> Softbol _____	<input type="checkbox"/> Basquetbol _____
<input type="checkbox"/> Voleibol _____	<input type="checkbox"/> Futbol Americano _____	
<input type="checkbox"/> Porristas _____	<input type="checkbox"/> Pista/Campo Traviesa _____	

En caso de emergencia médica o dental, damos el consentimiento y autorización para cualquier tratamiento que sea necesario, incluyendo tratamiento de un médico o dentíst licenciado y el transporte a cualquier hospital razonablemente asequible.

La siguiente información se proporciona para cualquier médico, dentíst u hospital no teniendo acceso a los datos de la historia médica de mi hijo/a

Médico de Familia _____ Dirección _____ Teléfono _____

Dentista de Familia _____ Dirección _____ Teléfono _____

FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA DE TÉTANO: _____

COMPAÑIA DE SEGURO MÉDICO: _____ N° DE PÓLIZA: _____

COMPAÑIA DE SEGURO DENTAL: _____ N° DE PÓLIZA: _____

NOMBRE DEL AGENTE: _____ TELÉFONO: _____

OTRA INFOMACIÓN PERTINENTE: _____

Por favor, indique cualquier situación de las siguientes que aplique a su hijo/a que pueda requerir atención. Si su hijo/a no tiene ninguno, marque "ninguno".

- alergias (si es que sí, liste aquí): _____
- enfermedades de sangre
- problemas de corazones creando limitaciones
- diabetes
- alergias serias a alimento
- dificultades serias de la digestión (úlceras, colitis)
- sordera parcial o completo
- alergias a las picaduras de los insectos
- malignidad (leukemia, sarcoma, enfermedad de Hodgkin, etc)
- neurológicos (palsís cerebral, hidrocefalias, etc)
- ortopédicas – problemas severos requiriendo limitaciones (enfermedades de huesos, etc)
- respiratorias – problemas severos requiriendo limitaciones (asma, fibrosis quística, etc)
- trastorno convulsivo (epilepsia, etc) Defina: _____
- trastorno del tracto urinario (nefritis, falta riñón, o vejiga)
- ceguera parcial o completa
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Medicamentos que se está tomando: _____

Información adicional/instrucciones: _____

Tiene un plan de cuidado en la oficina de la escuela (marque si aplica)

Nosotros seremos responsables por todo coste y gasto incurrido en conexión con tratamiento médico o dental pertinente a esta autorización. Además, al ser necesario que mi hijo/a regrese a casa debido a razones de salud, disciplina, o de otro caso, acordamos pagar todo coste del transporte del regreso de nuestro hijo/a.

Finalmente, considerando la participación de nuestro hijo/a en las dichas actividades atléticas, acordamos que el Obispo Católico de Spokane, sus agentes y empleados no tengan ninguna responsabilidad en reclamaciones o demandas relacionadas con daños personales, enfermedades, o muerte, tanto como cualquier daño a propiedad y gastos de cualquier situación que pueda ser incurrido por nosotros o nuestro/a hijo/a mientras él/ella esté participando en dichas actividades (incluyendo en el transporte de ida y vuelta a los eventos), asumiendo toda responsabilidad en cuestión de daños personales, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado de la participación en estas actividades deportivas.

Hemos leído este formulario entero y firmamos de nuestra propia voluntad sabiendo sus términos y condiciones.

Firma de la Madre

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Firma del Tutor legal

Fecha