

**Distrito Escolar de Westminster
Forma de Inscripción para Clubes/Actividades y Atletismo 2023-24**

Mi estudiante desea participar en los siguientes deportes o actividades

<input type="checkbox"/> Campo Traviesa	<input type="checkbox"/> Fútbol Americano Bandera	<input type="checkbox"/> Fútbol Soccer	<input type="checkbox"/> Básquetbol	<input type="checkbox"/> Atletismo
<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Fútbol Americano	<input type="checkbox"/> Tenis	<input type="checkbox"/> Voleibol	<input type="checkbox"/> Lucha
<input type="checkbox"/> Sóftbol	<input type="checkbox"/> Hockey	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Porristas	<input type="checkbox"/> Banda/Orquesta
<input type="checkbox"/> Bádminton	<input type="checkbox"/> Natación	<input type="checkbox"/> Polo Acuático	<input type="checkbox"/> Drill Team	<input type="checkbox"/> Otro/a _____

Todos los futuros participantes deben completar estos materiales, proveer un comprobante de seguro médico y obtener la firma de su padre o guardián autorizando su participación antes de participar en cualquier actividad o práctica.

Nombre del Estudiante (Letra de Imprenta) _____ Escuela _____ Fecha de Nac. _____ Grado _____

Dirección – Calle _____ Dpto. _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Número de Teléfono _____

LEY DE CALIFORNIA

El Código de Educación de California (Secciones 32221-32224 y 49470-49474) requiere que cada miembro de un equipo atlético deberá tener un seguro con cobertura para gastos médicos y de hospitalización por una cantidad de por lo menos \$1,500 mientras practican o participan en actividades atléticas bajo la jurisdicción de un distrito escolar público. “Ser miembro de un equipo atlético” significa ser miembro de cualquier equipo atlético extracurricular involucrado en eventos atléticos dentro y fuera del plantel escolar, ser mantenido o patrocinado por la institución educativa o por una organización del mismo cuerpo de estudiantes. “Ser miembro de un equipo atlético” también incluye a miembros de bandas u orquestas escolares, equipo de animadoras y sus asistentes, muchachas porristas, directivos del equipo y sus asistentes, y cualquier estudiante o alumno seleccionado por la escuela u organización del cuerpo de estudiantes para asistir directamente en la conducción del evento atlético, incluyendo actividades imprevistas sujetas de la misma, pero solamente mientras tales miembros estén siendo transportados por o bajo el patrocinio o arreglos de la institución educativa o de una organización del cuerpo de estudiantes de la misma, transportados hacia una escuela o de una escuela a otro lugar de instrucción y al lugar en el cual el evento atlético se esté llevando a cabo.

Bajo la ley del estado, se requiere que los distritos escolares se aseguren que todos los miembros de los equipos de atletismo escolar tengan un seguro contra lesiones por accidente que cubra gastos médicos y de hospitalización. Este requisito de seguro médico puede ser cubierto por el seguro médico ofrecido por el distrito escolar u otra prestación médica que cubra los gastos médicos y de hospitalización. Algunos alumnos pueden calificar para recibir cobertura médica a bajo costo o gratuita mediante los programas de seguro médico patrocinados por el gobierno local, estatal o federal. Usted puede obtener información sobre estos programas los cuales también incluyen otros programas de seguro médico comparables patrocinados por el gobierno local, estatal o federal llamando al 1-800-234-1317 o en la Línea de Información para Programas de Medical y Healthy Families al 1-800-880-5305.

PROTECCIÓN DE SEGURO MÉDICO

Los Padres o Guardianes deben proveer un comprobante de seguro médico y completar y firmar el siguiente acuerdo de renuncia para servicios médicos atléticos como evidencia de otra cobertura de seguro médico o comprar un Seguro contra Accidentes para Estudiantes hecho disponible a través del Distrito Escolar de Westminster antes de que el estudiante sea elegible para participar en eventos atléticos.

- Opción A **Seguro Médico Personal** – Por medio de la presente declaro que mi estudiante, _____, tiene seguro médico con una cobertura de por lo menos \$1,500 autorizada por la Compañía de Seguros Médicos _____, con Póliza # _____, la cual proveerá cobertura para gastos médicos y de hospitalización que resulten de una lesión corporal accidental mientras practican o participan en eventos atléticos. Por lo tanto, yo no deseo que mi estudiante se suscriba para una membresía en el programa de seguro médico hecho disponible a través del distrito escolar para daño corporal accidental y por la presente libero a la Mesa Directiva y a oficiales escolares del Distrito Escolar de Westminster de cualquiera y toda responsabilidad para proveer el seguro médico requerido bajo la Sección del Código de Educación de California 32220-32224.
YO NOTIFICARÉ A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO O CANCELACIÓN EN LA COBERTURA MENCIONADA ARRIBA.
- Anexa a la presente se encuentra una copia del comprobante del seguro médico del estudiante.**

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Opción B **Yo deseo participar en el Plan contra Accidentes del Estudiante hecho disponible a través del Distrito Escolar de Westminster.**

Una forma de inscripción del seguro médico debe acompañar esta forma, o usted puede obtener una en el sitio de Internet del proveedor.

1. Ingrese a la página www.peinsurance.com. Presione en "Products", y enseguida en "Students", después presione el enlace apropiado para obtener un folleto en Inglés o en Español. Usted también puede inscribirse a través del Internet e imprimir el comprobante de seguro médico, Ó
2. Imprima el Folleto, complételo y tráigalo al entrenador/a o maestro/a de su hijo/a para ser enviado a la compañía de seguro médico junto con su pago.

Firma del Padre o Guardián

Fecha

AVISO DE ADVERTENCIA DE ACCIDENTES EN LA PRÁCTICA DE DEPORTES

El participar en eventos atléticos competitivos puede resultar en lesiones severas, incluyendo parálisis o muerte. Los jugadores pueden reducir este riesgo reportando todos los problemas físicos a sus entrenadores, siguiendo las instrucciones de éstos respecto a las técnicas de juego, el entrenamiento y otras reglas del equipo, etc. y aceptando obedecer tales instrucciones. Aún cuando todos estos requisitos sean cumplidos, un accidente serio puede aún ocurrir.

PERMISO DEL PADRE

En consideración del permiso concedido, nosotros, los abajo firmantes, por la presente **LIBERAMOS, EXONERAMOS y EXIMIMOS** al Distrito Escolar de Westminster de toda responsabilidad que surja de o que esté en conexión con el deporte/actividad atlética identificada. La liberación y exoneración del Distrito Escolar de Westminster de toda responsabilidad incluye a cualquier defecto o presunta negligencia atribuida al Distrito Escolar de Westminster o a cualquiera de sus entrenadores, agentes, instructores, maestros o a cualquiera de los asistentes que se encuentren supervisando, dirigiendo o instruyendo el deporte atlético o actividad. (_____) **(para ser anotadas las iniciales del nombre del estudiante y/o del padre o guardián).**

Yo, _____, siendo el padre o guardián legal de _____ (estudiante), he leído el comunicado de liberación arriba mencionado. Yo entiendo y estoy de acuerdo con sus términos. Yo entiendo que en todos los deportes se pueden presentar **MUCHOS RIESGOS DE LESIONES** incluyendo pero no limitados a, aquéllos riesgos descritos arriba.

En caso de un accidente o enfermedad repentina, el distrito escolar tiene mi permiso para prestar cualquier tratamiento médico de emergencia que pueda ser necesario para el estudiante arriba mencionado.

Yo estoy firmando este documento en nombre mío, así como en nombre de mi estudiante atleta.

Firma del Padre o Guardián

Fecha