



## Formulario de Exención de Participación y Seguro de Escuelas Secundarias

Yo doy permiso a \_\_\_\_\_ a que participe en el programa atlético\* de la Escuela Secundaria \_\_\_\_\_, y poder acompañar el equipo y entrenador/a en cualquier evento programado con el equipo. En el evento de que mi estudiante requiera de tratamiento medico de emergencia, mientras participa en las actividades mencionadas. Yo doy mi autorización a que mi estudiante reciba todo tratamiento medico de emergencia como sea necesario, bajo las circunstancias que existan. Los servicios de la ambulancia y hospital mas cercanos serán utilizados.

Estoy de acuerdo en mantener el Distrito, los empleados y los voluntarios fuera de toda responsabilidad, lesiones y daños que surjan de la actividad. Esto no se aplica a negligencia por parte del Distrito, empleados o voluntarios.

\_\_\_\_\_  
Nombre Estudiantil (imprima)

\_\_\_\_\_  
#ID Estu.

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián (imprima)

\_\_\_\_\_  
# Telefónico

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Hogar

\_\_\_\_\_  
Numero de Celular de 1° Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Numero de Celular de 2° Padre/Guardián

\*Cuota – **\$80.00** por deporte/ No hay máximo familiar, ajustado con elegibilidad de alimentos gratuitos/precio reducido.

### **Información de Aseguradora**

Con el fin de asegurar la protección financiera en caso de lesiones, que podría ocurrir en un programa de atletismo, será necesario que su estudiante tenga algún tipo de seguro médico. No se le permitirá participar en prácticas atléticas o concursos hasta que el distrito escolar esté convencido de que tiene un seguro adecuado. **Un examen físico es requerido cada dos años por ley (SB1060) desde el inicio de la participación del estudiante.** Las formas físicas deportivas están disponibles en cualquier escuela intermedia o puede usar el formulario de su médico.

Por favor marque la declaración apropiada:

\_\_\_\_\_ Mi estudiante tiene un plan de seguro medico que lo/la cubrirá.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguradora

\_\_\_\_\_  
# de Póliza

\_\_\_\_\_ Mi estudiante comprara el seguro medico de la escuela para poder ser cubierto/a.

Mi estudiante, \_\_\_\_\_ tiene permiso de participar en los deportes escritos abajo:  
*Nombre Estudiantil*

\_\_\_\_\_ **Baloncesto** \_\_\_\_\_ **Atletismo(Track)**

Puede haber un costo adicional por un uniforme personal (el atleta mantiene). El atleta es responsable de todo el equipo y / o uniformes que se le han entregado y no ha regresado en condiciones razonables.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha