

**DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE FULTON**

**SOLICITUD ESTUDIANTIL PARA PARTICIPAR EN DEPORTES INTERCOLEGIALES  
PARA LA VERIFICACIÓN DEL SEGURO**

Deporte: \_\_\_\_\_ Fecha de la primera práctica: \_\_\_\_\_, 2019/2020

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ o Femenino \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
(Mes) (Día) (Año)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Nro y nombre de calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Esta solicitud para representar a mi escuela en actividades intercolegiales es completamente voluntaria por mi parte y se entiende que la realizo habiendo estudiado y comprendido los Estándares de Elegibilidad que debo cumplir para representar a mi escuela y que no he cometido ninguna infracción contra estos estándares.

Comprendo que de no satisfacer los estándares establecidos por la escuela o si soy expulsado de un campeonato intercolegial debido un acto antideportivo, esto puede traer como resultado que no me permitan participar en la próxima competencia o que me suspendan del equipo en forma temporaria o permanente.

Comprendo que si me traslado a otra escuela mi elegibilidad podría verse afectada bajo los estándares de requisitos de la Georgia High School Association.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_  
(Firma) (Escuela) (Fecha)

Por la presente doy mi consentimiento para que el alumno mencionado antes represente a su escuela en actividades intercolegiales. Recibí el Manual de Alumnos/padres para las Actividades Intercolegiales sancionado por GHSA, año lectivo 2019-2020.

Comprendo que tengo la responsabilidad de leer los contenidos de esta publicación y que cualquier pregunta relacionada con esta publicación deberá ser dirigida al Director Deportivo del condado de Fulton, al 470-254-6892.

Si yo, los padres o tutores legales no podemos ser contactados en un caso de emergencia médica, doy mi consentimiento para que la escuela consiga un transporte de emergencia hasta el médico u hospital de su elección y de la atención médica que se considere necesaria para el bienestar del alumno, si se lastimó en el transcurso de su participación en actividades intercolegiales.

Autorizo al alumno mencionado antes para que participe en viajes auspiciados por la escuela, incluso los viajes de más de un día de duración, relacionados con las competencias deportivas intercolegiales.

En el caso de que el Sistema Escolar del condado de Fulton no provea el transporte, el alumno, sus padres o tutores legales tendrán la responsabilidad de hacerlo.

Asimismo, estoy de acuerdo en no presentar contra el Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los miembros (actuales, pasados y futuros) del Consejo Escolar del Consejo de Educación del condado de Fulton, todos los empleados y voluntarios (presentes, pasados y futuros) del Consejo de Educación del condado de Fulton y sus herederos, adjudicatarios, administradores, sucesores y asignados, en ningún tribunal de justicia, ningún reclamo o reclamos que el alumno, sus padres o tutores legales puedan tener, tengan ahora o puedan llegar a tener en el futuro, conocidos o desconocidos, que surjan, se relacionen u ocurran durante la participación del alumno en la actividad, en cualquier viaje o transporte asociado con la actividad, durante, o de la provisión de procedimientos o tratamientos médicos de emergencia, si los hay.

**Todos los padres y tutores legales deben firmar este formulario y colocar la fecha**

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Signature of parent/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER SESIÓN DE ACONDICIONAMIENTO, PRUEBA O PRÁCTICA, O DE JUGAR EN CUALQUIER DEPORTE INTERCOLEGIAL, EL ALUMNO-DEPORTISTA DEBE PRESENTAR ESTE FORMULARIO AL ENTRENADOR DE LA ACTIVIDAD.**

**SI NO SE PRESENTA SE DEMORARÁ LA ELEGIBILIDAD DEL ALUMNO-DEPORTISTA PARA UNIRSE AL EQUIPO.**