

**DEPARTAMENTO DE DEPORTES DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE FULTON.
VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO
Válido para el año lectivo 2024-2025**

He renunciado a la cobertura de seguro médico, aprobada por el Sistema Escolar del condado de Fulton

y ofrecida a mi hijo/a, _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre del alumno/a)

El seguro médico que estaré usando para mi hijo/a este año lectivo en

_____ es provisto por _____ y
(Nombre de la escuela) (Nombre de la compañía de seguro)

el número de la póliza de seguro es _____. Esta póliza de seguro
(Número de la póliza de seguro)

está vigente entre: _____ hasta _____ .
(Fecha) (Fecha)

Adjuntar una copia del Certificado de Seguro Médico a este formulario para verificar la información mencionada anteriormente. Muchas gracias. La cobertura de seguro médico mencionada antes posibilita las siguientes actividades deportivas intercolegiales:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Comprendemos que según la *Georgia High School Association* es necesario que un médico realice una evaluación física antes de la participación, para evaluar médicamente a cada alumno que participe en programas deportivos intercolegiales del Distrito Escolar del condado de Fulton. Entendemos que una revisión médica básica (el examen médico requerido) es general, por naturaleza y limitada en su alcance. No indica ni me garantiza que mi hijo/a está completamente libre de impedimentos. Si deseo que le realicen un examen físico más detallado, yo seré entonces el responsable de hacer los arreglos necesarios y pagar por ese examen. Si se realiza este examen más detallado, tengo la responsabilidad de comunicarle al Distrito Escolar del condado de Fulton, y a los empleados adecuados, todos los problemas médicos potenciales descubiertos, más allá de la evaluación física general requerida por el sistema escolar para la participación deportiva. Estoy de acuerdo en eximir por completo de todo reclamo de cualquier naturaleza, plena y definitivamente, ahora y para siempre, para mi hijo/a, mi persona, mi patrimonio, mis herederos, mis administradores, mi ejecutores testamentarios, mis asignados, mis agentes, mis sucesores y todos los miembros de mi familia, y de indemnificar, divulgar, defender, exonerar, liberar y eximir a todos los miembros del Consejo Escolar del Consejo de Educación del condado de Fulton, presentes, pasados y futuros, a todos los empleados del Consejo de Educación del condado de Fulton, presentes, pasados y futuros, sus escuelas, sus administradores, funcionarios, Consejo de Educación, agentes, entrenadores deportivos, asesores, médicos, voluntarios y cualquier otra parte que practique el arte de las curaciones (una "Parte Indemnizada") de toda responsabilidad, daños personales o a la propiedad, reclamos, causas de acción o demandas presentados contra el Distrito Escolar del condado de Fulton o parte indemnizada que surjan de cualquier lesión sufrida por mi hijo/a o daño contra su propiedad o pérdidas de cualquier índole que puedan resultar o estén relacionados con su participación en cualquier actividad relativa a los programas deportivos intercolegiales provistos por el Distrito Escolar del condado de Fulton.

Mi firma a continuación atesta que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con la información incluida en este formulario y que doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en los programas deportivos tal como se declaró anteriormente.

TODOS LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBEN FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA A CONTINUACIÓN

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del alumno/a: _____ 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