

WEBSTER PUBLIC SCHOOLS

Autorización de participación de equipo atlético / extracurricular

Deporte/Actividad: _____

Año escolar: _____

Otoño Invierno Primavera

Entrenador: _____

Nombre del estudiante: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección : _____ Teléfono hogar: _____

Nombre padre/Tutor: _____ Teléfono celular/trabajoPhone: _____

Este formulario debe ser completado y firmado por cada estudiante que participe en actividades de atletismo y/o

Padre: Estudiante: He leído y entiendo el Manual del Estudiante, incluyendo la Ley de Hazing, Salud Química, Conmoción cerebral y Política de Asistencia.

Padre: Estudiante: He recibido, leído y entiendo los materiales de educación sobre sustancias opioides.

Padre: Estudiante: He recibido, leído y entiendo los materiales educativos COVID-19. (Se puede encontrar información adicional en cdc.gov/coronavirus)

Reunión Deportiva del Director Atlético: Otoño Invierno Primavera

Parent: Asistí y entendí la presentación No asistí a la presentación

Student: Asistí y entendí la presentación No asistí a la presentación

Por favor marque las casillas que se aplican a usted y / o a su hijo:

Padre: Estudiante: He recibido materiales educativos de conmoción cerebral.
- Y/O -

Padre: Estudiante: He completado el curso de conmoción cerebral en línea.
(Este curso se puede encontrar en: <http://www.nfhslearn.com>)

Padre/Tutor, por favor marque uno:

El estudiante NO ha experimentado una conmoción cerebral o lesiones cerebrales.

El estudiante ha experimentado una conmoción cerebral o una lesión cerebral. (Proporcione documentación del médico.)

Firma de estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

extracurriculares y sus padres/tutores. Este formulario DEBE ser entregado al entrenador/asesor apropiado antes del primer día de cualquier participación deportiva/actividad. No hay excepciones a este requisito. Para obtener información/recursos sobre reglas, modificaciones y pautas, visite MIAA.net Covid-19 Task Force

PADRE/TUTOR: POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA EN EL REVERSO

Para ser completados por personal escolar:

Eligible para participar Académicamente elegible

Firma Director Atlético

Fecha

Examen físico en el archivo y actualizado

Firma de enfermera escolar

Fecha del examen

Para ser completado por el padre:

Estudiante: _____ Año escolar: _____
Deporte/Actividad Extra-Curricular: _____

Información de contacto en caso de emergencia

Por favor complete toda la información

Padre/Tutor: _____ Teléfono del hogar: _____

Email: _____ Teléfono celular: _____

Segunda persona contacto: _____ Relación con estudiante: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del Pediatra: _____ Teléfono: _____

Alergias: _____

Otras Condiciones Médicas que el Entrenador/Asesor de su hijo debe estar al tanto de: _____

Padres/Tutores: Por favor, desaprenda y devuelva este formulario completado tan pronto como sea posible al entrenador/asesor de su hijo o al Director Atlético. Los documentos informativos adjuntos son para usted y su hijo; por favor colóquelos en un lugar seguro en caso de que necesite acceso a la información proporcionada.



WEBSTER Public SCHOOL

77 Poland Street
Webster, MA 01570



Formulario de autorización para los medios

Necesitamos el permiso de los estudiantes y los padres para usar la fotografía, la voz y / o el nombre de una persona en varios proyectos de medios. Por favor lea lo siguiente, luego feche y firme donde se indica, gracias.

 Sí, doy mi consentimiento. Doy permiso para que mi hijo participe y aparezca en grabaciones de video o audio, películas, fotografías, artículos escritos o en sitios web y sitios de redes sociales. Este consentimiento incluye el uso y edición de la imagen, voz y nombre de mi hijo en proyectos de medios de las Escuelas Públicas de Webster para medios impresos, de transmisión o de Internet, como periódicos, estaciones de radio y televisión y sitios web de noticias. En consideración a la oportunidad de que mi hijo participe, liberó a las Escuelas Públicas de Webster, incluidos sus empleados y contratistas, de todas las reclamaciones que resulten del uso y edición de la imagen, voz o nombre de mi hijo, y uso, venta, edición y divulgación a medios de comunicación.

 No, no doy mi consentimiento al uso que no sea de las Escuelas Públicas de Webster de la fotografía, voz y / o nombre de mi hijo en varios proyectos de medios.

Su selección sigue siendo válida para todos los proyectos de medios que ocurran durante el año escolar en el que se firma este formulario. Puede cambiar su selección en cualquier momento completando un nuevo formulario en su escuela.

Fecha: _____
(día, mes, año)

Nombre del estudiante: _____

Firma del estudiante: _____

Se requiere la firma del padre o tutor legal si el participante es menor de 18 años.

Nombre del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

El Distrito de Escuelas Públicas de Webster no discrimina por motivos de raza, color, sexo, identidad de género, edad, religión, origen nacional, orientación sexual, falta de vivienda o discapacidad.