



Northshore School District
Atletismo/Actividades
Información de Emergencia
(03/2026)

Nombre del Estudiante _____ Estudiante # _____ Grado _____

Deporte: Aprobación de Elegibilidad :	Otoño	Invierno	Primavera
---	-------	----------	-----------

Nombre del Padre/Guardián _____

Dirección _____ Ciudad/Código Postal _____

Numero del Padre/Guardián _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Personas De Contacto De Emergencia Si Padres/Guardianes No Están Disponibles

1. _____ (Nombre) _____ (Teléfono) 2. _____ (Nombre) _____ (Teléfono)

Nombre de Medico _____ Teléfono _____ Hospital _____

- **En caso de una emergencia, se llamara al 911 para evaluar a su estudiante.**
- El padre/guardián acepta la responsabilidad de la cobertura del seguro medico y los costos del tratamiento medico.
- Nombre de la Compañía de Seguridad _____
- Necesidades Medicas Especiales _____
- **Lesión previa de cabeza/cuello?** ☐ No ☐ Si Fecha de la lesión de cabeza/cuello _____
- **Condición que amenaza la vida?** ☐ No ☐ Si (ej. alergias severas a abejas/alimentos, asma severa, convulsiones severas, diabetes, etc.)

Si la respuesta es **Si**, por favor indique _____

(Por favor ajunte un Plan de Cuidado de Emergencia a este formulario. Los estudiantes no tendrán acceso a los medicamentos almacenados en el Cuarto de Salud – arreglos y autorización para que el estudiante cargué los medicamentos con si mismo deben hacerse.)

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____