



Formulario de Elegibilidad de Actividades de Escuelas Intermedias 2026-2027

El **frente y reverso** de este formulario deben ser completados y devueltos a la oficina de actividades deportivas antes de participar en cualquier actividad co curricular. Todos los formularios deben ser firmados por el Director de Actividades o su designado. Para leer el Manual del Código Co-Curricular del Distrito Escolar de Green Bay, por favor visite el sitio de internet del Distrito o pase por la Oficina de Actividades Deportivas para obtener una copia.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES: Escuela a la que asistió por última vez: _____

Nombre del alumno: _____ Fecha de nac.: _____ Grado: _____

Domicilio: _____ # telefónico: _____

Padre(s) o apoderado legal(es) que pueden ser contactados durante el día escolar:

Nombre: _____ # telefónico: _____ # telefónico del trabajo: _____

Nombre: _____ # telefónico: _____ # telefónico del trabajo: _____

Médico: _____ Domicilio: _____ # telefónico: _____

Dentista: _____ Domicilio: _____ # telefónico: _____

Hospital de preferencia: _____

Nombre del familiar/vecino que puede contactarse en caso de emergencia: _____

Observaciones especiales (cualquier información relacionada con la salud de su hijo que debemos saber: alergias, asma, etc.)

En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que la escuela se comunique conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, por la presente autorizo a la escuela a llamar al médico, al centro de emergencia del hospital que figura en esta tarjeta o al equipo de rescate y seguir sus instrucciones. Además, entiendo que, en ciertas situaciones de emergencia, la escuela puede determinar buscar tratamiento médico de emergencia relacionado con una lesión sufrida por mi hijo, independientemente de mi solicitud o dirección.

telefónico: _____

Reconocimiento del Código de Conducta Co-Curricular de Participantes y de Padres de familia

Por la presente reconozco que he leído el Código Co-Curricular de Green Bay y entiendo las reglas y sanciones por infracción de las reglas como se establece en el Código. Como estudiante, entiendo que mi participación en una actividad co curricular es un privilegio y, por lo tanto, acepto cumplir con estas reglas y regulaciones. Además, reconozco que, si no he entendido alguna información contenida en este Código, he buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar este formulario.

Se entiende que la práctica de deportes y/o la participación en otras actividades implican riesgos inherentes a dicha participación y pueden causar daño a cualquier persona que los practique. Debido a estos peligros, reconozco la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores/consejeros con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas del equipo/actividad y acepto obedecer dichas instrucciones.

Además, el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona. Tal exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y muerte. El Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay ("GBAPSD") no puede garantizar que usted no se infectará con COVID-19 si prueba para un equipo o participa en deportes u otras actividades. Además, la participación podría aumentar su riesgo de contraer COVID-19. Las personas que tienen ciertas condiciones de salud subyacentes corren un mayor riesgo de contraer COVID-19, lo que debe tenerse en cuenta antes de participar en deportes u otras actividades. Se alienta a todas las personas a consultar a su médico antes de determinar si probarán para un equipo o participarán en actividades.

Teniendo en cuenta que GBAPSD permite que un estudiante pruebe para un equipo o participe en actividades, por la presente asumo todos los riesgos asociados con la participación y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión (incluidas, entre otras, lesiones personales, discapacidad, muerte, enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto) de cualquier tipo, incluida la contratación de COVID-19, y acepta eximir de responsabilidad a GBAPSD de cualquier responsabilidad, reclamo y costo que pueda surgir en relación con la participación en deportes y otras actividades. Elijo participar voluntariamente a pesar de todos y cada uno de los riesgos inherentes

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma de padre de familia/apoderado legal: _____ Fecha: _____

Reconocimiento y acuerdo de Conmoción Cerebral y Paro Cardíaco Súbito

Como padre de familia y como atleta, es importante reconocer los malestares, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales y de los Paros Cardíacos Súbitos. Al firmar este formulario, usted está afirmando que usted ha leído las hojas informativas de la Conmociones Cerebrales y Lesiones en la Cabeza del Departamento de Instrucción Pública (DPI) y de la Asociación Inter escolarística Atlética de Wisconsin (WIAA y la hoja informativa de Paros Cardíacos Repentinos que está en el Manual de Actividades Curriculares del distrito GBAPS

Acuerdo del atleta:

Yo, _____ he leído la hoja informativa sobre Conmociones Cerebrales y Lesiones en la Cabeza de las Escuelas Públicas del Área de Green Bay. He tenido la oportunidad de leer más información sobre las conmociones cerebrales en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. Entiendo la importancia de informar una sospecha de conmoción cerebral a mis entrenadores y mis padres/apoderados legales.

Entiendo que se me debe retirar de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral. Entiendo que debo ser evaluado por un proveedor de atención médica apropiado y proporcionarle a mi entrenador una autorización por escrito para participar en la actividad del proveedor de atención médica antes de que pueda volver a practicar/jugar.

Entiendo que después de una lesión en la cabeza, mi cerebro necesita tiempo para curarse y que es posible que no se cure correctamente si vuelvo a practicar/jugar demasiado pronto.

He leído la hoja de información sobre el paro cardíaco repentino. Entiendo que debo detener la actividad/ejercicio inmediatamente si tengo algún síntoma de advertencia de un paro cardíaco repentino e informar los síntomas a mis entrenadores y mis padres/apoderados legales.

Firma del alumno

Fecha

Acuerdo de los Padres:

Yo, _____ he leído la hoja de información sobre Conmociones Cerebrales y Lesiones en la cabeza del DPI. He tenido la oportunidad de leer más información sobre las conmociones cerebrales en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. También entiendo los signos, síntomas y comportamientos comunes. Acepto que mi hijo debe ser retirado de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral.

Entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me informa una sospecha de conmoción cerebral. Entiendo que mi hijo no puede volver a practicar/jugar hasta que sea evaluado por un proveedor de atención médica apropiado y proporcione una autorización por escrito del proveedor de atención médica a su entrenador.

Entiendo que las conmociones cerebrales pueden tener un efecto grave en un cerebro joven en desarrollo y deben abordarse correctamente.

He leído la hoja informativa sobre el paro cardíaco repentino. Entiendo que mi hijo debe dejar de hacer actividad/ejercicio inmediatamente si tiene alguna señal de advertencia de un paro cardíaco repentino. Entiendo que se recomienda que si mi hijo tiene algún signo de advertencia de un paro cardíaco repentino mientras hace ejercicio, se someta a un examen médico antes de hacer ejercicio o volver a participar en su deporte. Entiendo que mi hijo o yo debemos informar los antecedentes familiares de problemas cardíacos o las señales de advertencia de un paro cardíaco repentino al proveedor de atención médica que realiza el examen médico.

Entiendo cómo solicitar a mi costo la administración de un electrocardiograma, además de un examen físico integral requerido para participar en una actividad deportiva juvenil. Entiendo que el director deportivo puede ayudarme.

Firma de Padres de familia/apoderado legales

Fecha

For Office Use Only: HIPAA Form Date _____

Firma del Director de Actividades

Fecha