PCMS/PHS Programa de actividades y atletismo- Hoja de información para estudiantes/atletas

Atlética o actividad en la que participa: (marcar)

_____ XC & Track	_____ Wrestling	_____ Baseball	_____ Band
_____ Volleyball	_____ Weights	_____ Softball	_____ Color Guard
_____ Football	_____ Dance	_____ Cheerleading	_____ Vocal Music
_____ Basketball	_____ Powerlifting	_____ Golf	_____ Debate/Forensics
_____ Tennis	_____ Scholar Bowl	_____ Archery	_____ Skills USA
_____ Soccer	_____ NHS	_____ Student Gov't	_____ Theatre/Drama
_____ Other			

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Nombre de Padre o Tutor: _____

Número de teléfono: _____ Número de trabajo: _____

Numero de Celular: _____ Email: _____

Nombre y número de emergencia si el padre/tutor no está disponible:

Nombre:_____ Relacion:_____

Número de teléfono:_____ Número de celular: _____

Medico familiar: _____ Numero de telefono: _____

Seguro de Salud/Hospitalización: _____

Numero de seguro: _____

Medicamentos Actuales:_____

Alergias conocidas:_____

Cualquier conmoción cerebral en los últimos 2 años: _____

Cualquier enfermedad o condición médica reciente o actual (incluyendo asma, diabetes, condiciones del corazón, etc):
_____

Al firmar este formulario a continuación, estoy consciente y doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en actividades extracurriculares en las Escuelas de la Comunidad de Pittsburg.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____