

# ASTORIA MIDDLE SCHOOL - PERMISO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

**\*POR FAVOR CIRCULA TODOS LOS DEPORTES EN QUE PLANEA PARTICIPAR EN EL AÑO ESCOLAR 2021-2022\***

<b>DEPORTES DE OTOÑO</b>	FOOTBALL	CROSS COUNTRY	VOLLEYBALL
<b>DEPORTES DE INVIERNO</b>	BASKETBALL	WRESTLING	
<b>DEPORTES DE PRIMAVERA</b>	TRACK		

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	GENERO:	GRADO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN DE CASA:	TELÉFONO DE CASA:	PADRE/TUTOR:	PADRE/TUTOR TELÉFONO:
EN CASO DE EMERGENCIA:	PARENTESCO:	# TELÉFONO:	DOCTOR FAMILIAR:
# TELÉFONO DE DOCTOR:	ENFERMEDADES CRÓNICAS:	ALERGIAS:	MEDICAMENTOS ACTUALES:

### PERMISO DE PADRE O TUTOR

Quiero que mi hijo tenga el privilegio de participar en atletismo escolar competitivo y, por lo tanto, tiene mi permiso para competir en todos los deportes en cualquier viaje programado regularmente. Excepciones, si corresponde:

\_\_\_\_\_ mientras espero que las autoridades escolares ejerzan precauciones razonables para evitar lesiones, entiendo que no asumen ninguna obligación financiera por cualquier lesión que pueda ocurrir. Me informan que los estudiantes son responsables de los equipos de todos los jugadores y emitidos por la escuela.

### AUTORIZACIÓN PARA OTRA DAR SU CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE NIÑO

Como padre o tutor legal del siguiente alumno, \_\_\_\_\_, autorizo al entrenador deportivo supervisor, al empleado de la escuela o a su representante en el momento del accidente a dar su consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico del alumno mencionado que dicha persona considere aconsejable si un padre o tutor legal no puede ser localizado razonablemente cuando el estudiante es llevado al tratamiento. La autorización anterior será efectiva al participar en actividades escolares.

### ARREGLOS DE SEGURO

DEBE MARCAR UNA: (Los atletas no pueden participar sin cobertura de seguro.)

\_\_\_\_\_ Deseo que mi hijo saque la póliza de seguro deportivo ofrecida a través de la escuela. (vigente en el momento del pago)

\_\_\_\_\_ Mi hijo está completamente cubierto por un seguro que llevan sus padres o tutor y la escuela no será responsable por ninguna lesión que ocurra durante las prácticas atléticas, concursos o viajes hacia y desde competencias atléticas.. NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PÓLIZA O GRUPO: \_\_\_\_\_

#### **PADRE:**

Entiendo que el desempeño de mi hijo como atleta y la reputación de mi escuela dependen, en parte, de mi conducta como individuo.

\_\_\_\_\_ (inicial)

#### **ESTUDIANTE:**

Entiendo que mi desempeño como atleta y la reputación de mi escuela dependen, en parte, de mi conducta

como un individuo. \_\_\_\_\_ (inicial)

Por la presente, acepto aceptar y cumplir con las normas, reglas y regulaciones establecidas por la Junta del Distrito Escolar de Astoria. He recibido y leído una copia de la Póliza Atlética de Astoria Middle School. Entiendo la política y las reglas administrativas. **OVER**

IMPRIMIR NOMBRE DE PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

FECHA

IMPRIMIR NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA

\* el formulario debe ser firmado y devuelto a la oficina de AMS antes de que se le permita participar \*