

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ATLÉTICA DEL DISTRITO ESCOLAR

TIGARD-TUALATIN

* = *Requerido*

Deporte * _____

Primer Nombre Del Estudiante * _____ Apellido Del Estudiante * _____

De Identificación Estudiantil * _____ Genero * _____ Fecha De Nacimiento * _____ Grado * _____

Dirección * _____ Ciudad * _____ Estado * _____ Código Postal * _____

Correo Electronico * _____

Nombre Del Padre/Tutor # 1 * _____

Número Telefónico De Casa * _____ Número Telefónico De Empleo _____

Número Telefónico Celular _____

Nombre Del Padre/Tutor # 2 * _____

Número Telefónico De Casa * _____ Número Telefónico De Empleo _____

Número Telefónico Celular _____

Nombre De Médico Primario * _____

Número Telefónico Del Médico * _____

Elección Del Hospital * _____

**SE REQUIERE cobertura de seguro médico para participar:
Si hay algún cambio, debe notificar a la escuela de inmediato.**

Compañía De Seguro Médico * _____ # De Póliza * _____

El Estudiante Vive Con * _____

Persona De Contacto De Emergencia * _____

Teléfono De Contacto De Emergencia * _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ATLÉTICA DEL DISTRITO ESCOLAR

TIGARD-TUALATIN

¿Su estudiante ha tenido lesiones o problemas médicos que requieren atención médica en el último año? *

Si la respuesta es sí, explique por favor _____

Anote los medicamentos actuales que está tomando su estudiante _____

Nombre de escuela a la que asistió su estudiante el semestre pasado * _____

Ciudad _____ Estado _____ o País, si fuera de EEUU _____

¿Es su estudiante de intercambio extranjero? * _____

Si es así, ¿qué programa de intercambio? _____

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Hemos leído y entendido las disposiciones de elegibilidad y las reglas de la Declaración de política de deportes/ actividades. El folleto de declaración de política se proporciona cuando este formulario de autorización se entregue. Reconocemos que los peligros están presentes en la participación atlética de deportes y que pueden resultar en lesiones. Mi firma autoriza a la escuela a obtener cualquier transporte o cuidado de emergencia que pueda ser necesario en el curso de actividades deportivas o viajes.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS ATLÉTICAS.

FIRMA DEL ESTUDIANTE * _____ **FECHA** _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR * _____ **FECHA** _____