

Información acerca de los deportes y consentimiento de los padres de familia

PPS Escuela Secundaria 2018-19

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

ESCUELA A LA QUE ASISTE: _____

GRADO EN LA ESCUELA (Haga un círculo): 6^{to} 7^{mo} 8^{vo}

GÉNERO: FEMENINO __ MASCULINO __

PADRE/ACUDIENTE LEGAL: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DEL PADRE/ACUDIENTE: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

EMAIL: _____

POR FAVOR INDIQUE UNA TALLA DE SUDADERA PARA SU DEPORTISTA:

HOMBRE __ XS __ S __ M __ L __ XL

POR FAVOR INDIQUE UNA TALLA DE UNIFORME PARA SU DEPORTISTA:

JOVEN: __ S(6-8) __ M(10-12) __ L(14-16) __ XL (18-20)

HOMBRE __ S __ M __ L __ XL

CUOTA DE PARTICIPACIÓN: (Seleccione una)

 \$150 \$60 (PARA LOS QUE RECIBEN ALMUERZO GRATIS O REBAJADO)

 \$250 (INCLUYE DONACIÓN AL FONDO DE BECAS PARA LA CUOTA DE PARTICIPACION BASADA EN NECESIDAD)

* HAGA UN CHEQUE A NOMBRE DE PIL ATHLETICS

PARTICIPACIÓN DEPORTIVA PREVISTA - Haga un círculo

en todas las que correspondan:

Carrera a campo través Baloncesto Atletismo
Voleibol Lucha Baile

APROVACIÓN: Entiendo que la Junta de Educación no tiene seguro deportivo y no asume la responsabilidad por las lesiones sufridas durante las prácticas o juegos. Reconozco que si se desea cobertura de lesiones por parte del seguro, dicha cobertura es responsabilidad del padre de familia. **NOTA:** La protección del seguro se puede obtener por medio de compañías de seguro privadas o de Healthy Kids of Oregon dependiendo de los niveles de ingresos. Puede obtener precios e información gratuita por medio de su proveedor médico preferido.

- Si su(s) hijo(s) no tiene(n) cobertura de salud, marque la casilla para ser contactado por Healthy Kids of Oregon para NO al seguro de salud de BAJO costo para niños de 0 a 19 años.

Apruebo que mi hijo/a participe en el programa de deportes de escuela secundaria de PPS y autorizo al representante de la escuela para administrar primeros auxilios esenciales en caso de ser necesario.

Firma/s del/los padres de familia/acudiente

Fecha

DECLARACIÓN DE RIESGOS: PORTLAND PUBLIC SCHOOLS

Cualquier deporte, que pueda resultar en gran esfuerzo o contacto con superficies fijas o móviles contendrá riesgos inherentes de daños corporales graves que no se pueden eliminar. La posibilidad de lesiones a causa de estos peligros debe ser aceptada por el jugador y la familia del jugador.

Se puede reducir, pero no eliminar, la posibilidad de lesiones mediante el conocimiento y el uso de las técnicas y fundamentos adecuados, manteniendo una buena condición física, estando alerta en todo momento y asistiendo a todas las sesiones de entrenamiento y práctica.

Como condición del permiso para participar, el/la jugador/a asegura que él/ella va a utilizar las técnicas y fundamentos adecuados, mantener una buena condición física, estar alerta en todo momento, asistir a todas las sesiones de entrenamiento y práctica, seguir instrucciones, obedecer las reglas del juego y obtener evaluación médica regularmente.

A ningún estudiante se le permitirá participar en las prácticas o en los juegos hasta que este formulario no haya sido firmado y fechado por ambos, el estudiante y el padre de familia/acudiente.

RECONOCIMIENTO DE LA ADVERTENCIA POR PARTE DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, por medio de la presente reconozco que entiendo la anterior "DECLARACIÓN DE RIESGOS". Si quiero más información, personalmente, contactaré al entrenador. Me doy cuenta de que al participar en el/los deporte(s) durante el año escolar en curso, yo mismo me estoy exponiendo al riesgo de lesiones graves, incluyendo pero sin limitarse al riesgo de esguinces, fracturas y daño de ligamentos y/o cartílago que podrían resultar en la pérdida temporal o permanente, parcial o total, del uso de mis extremidades, daño cerebral, parálisis o incluso muerte. Luego de ser advertido y avisado, todavía deseo participar en el/los deporte(s) seleccionado(s) y si eligiera participar en el/los deporte(s) seleccionado(s), por medio de la presente además reconozco que lo hago con el conocimiento y la comprensión total del riesgo de lesiones graves a las que me estoy exponiendo al participar en el/los deporte(s) seleccionado(s)

Firma del estudiante

Fecha

RECONOCIMIENTO DE LA ADVERTENCIA POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA

Yo/Nosotros el padre/los padres de _____ reconozco/reconocemos por medio de la presente que entiendo/entendemos la anterior "DECLARACIÓN DE RIESGOS". Si quiero/queremos más información, personalmente, contactaré/contactaremos al entrenador. Me doy cuenta/nos damos cuenta de que mi/nuestro hijo/a mencionado/a anteriormente puede sufrir lesiones graves, incluyendo pero sin limitarse a esguinces, fracturas, daño cerebral, parálisis o incluso muerte al participar en el/los deporte(s) seleccionado(s) si eligiera/eligiéramos permitir que mi/nuestro hijo/a participe en el/los deporte(s) durante el año escolar en curso. A pesar de estas advertencias y con el conocimiento y comprensión total del riesgo de lesiones graves que pudiera tener mi/nuestro hijo/a, mencionado/a anteriormente, doy/damos mi/nuestro consentimiento para que participe en el/los siguiente(s) deporte(s).

Reconozco que mi estudiante deportista puede ser transportado por un representante del Distrito en su propio vehículo personal. Soy consciente de que Escuelas Públicas de Portland no es responsable por: 1) el seguro del representante del Distrito; 2) lesiones o daños a la propiedad que puedan ocurrir mientras mi estudiante es transportado en el vehículo personal de un representante del Distrito.

En otras circunstancias, un padre/acudiente de un compañero podría transportar a otro estudiante deportista. En estas situaciones, el Distrito no es responsable de la organización o aprobación de estos planes de transporte.

Firma/s del/los padres de familia/acudiente

Fecha

INFORMACIÓN MEDICA DE EMERGENCIA Deporte _____ Año _____

Nombre _____ Sexo _____

Dirección _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre de familia _____

Dirección _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Debe ser llenado por un padre de familia

Doctor _____ Teléfono _____

Dirección _____ Código Postal _____

Hospital _____ Teléfono _____

Seguro Sí No Grupo No. _____

Nombre de la compañía _____ ID No. _____

Otra persona que se puede contactar _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Información revisada por el entrenador Oct__ Nov__ Dic__ Ene__ Feb__ Mar__ Abr__

=====

¿Tiene el estudiante algún problema médico especial? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique _____

¿Toma el estudiante algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor especifique _____

¿Es el estudiante alérgico a alguna droga? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor especifique _____

¿Cuándo recibió el estudiante su última vacuna contra el tétano? _____, 20__

En caso de enfermedad, accidente u otra emergencia que involucre a este estudiante, el director o entrenador está autorizado para actuar en mi nombre si no puedo ser contactado. El distrito escolar no es responsable por los gastos de ambulancia o de asistencia médica que podrían estar asociados con una respuesta en caso de emergencia por las lesiones de un deportista.

Firma del padre de familia o acudiente legal

Fecha