



## Escuelas Públicas del Condado de Prince George

### Autorización de los padres para participar en actividades deportivas interescolares

Complete los espacios en blanco y entregue este formulario al entrenador del deporte en el que desea que su hijo/a participe. No se concederá autorización para participar a menos que este formulario sea firmado por uno de los padres o por el tutor legal. La autorización corresponde sólo al deporte especificado. Si se produce algún cambio relativo a la información del seguro médico o la tutela *deberá* presentar un nuevo formulario.

Mi hijo/a, \_\_\_\_\_, está autorizado/a para participar en el siguiente  
Nombre y apellido

programa de deportes del Condado de Prince George correspondiente al ciclo escolar \_\_\_\_\_.

Escuela

Deporte

Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Dirección

Teléfono de la casa

Teléfono del trabajo

### Formulario de solicitud de examen físico del alumno previo a su participación

Es muy importante que la escuela conserve, en el registro individual de la enfermería de la escuela, un ejemplar del formulario de examen físico de su hijo/a previo a su participación. El director de deportes recolectará los formularios previos a la participación. Los formularios *deben* conservarse en un lugar seguro en todo momento.

Firme y complete la fecha si está de acuerdo con que se archive una copia del examen físico de su hijo/a.

Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

### Información del seguro

Salvo por la póliza grupal ante catástrofes de los programas de fútbol americano del condado, la escuela no ofrece ningún otro tipo de cobertura de seguro a los atletas. Antes de participar, todos los participantes *deben* tener su propio seguro de cobertura vigente para contar con protección frente a cualquier lesión que se pudiera producir.

Mi hijo/a cuenta con cobertura en caso de lesiones bajo la póliza N° \_\_\_\_\_  
emitida por la compañía de seguros \_\_\_\_\_.  
Nombre de la compañía de seguros

Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de emergencia en que su hijo/a necesite atención médica inmediata, será trasladado al hospital más cercano y usted será notificado de inmediato. Los números de teléfono que nos proporcione son muy importantes y debe actualizarlos siempre que cambien. Indique el nombre y número de teléfono de su médico para que podamos comunicarnos con él si resulta necesario.

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono \_\_\_\_\_