

FORMULARIO DE EXONERACIÓN PATERNAL-ESTUDIANTIL PARA LAS ACTIVIDADES

Este formulario debe estar archivado junto con la tarjeta del examen médico antes de sacar algún equipo o comenzar un entrenamiento.

(Alumno) _____ (Fecha de nacimiento) _____ (Grado) _____ (Año escolar) _____

PADRES - LEAN Y LLENEN ESTA PORCIÓN CUIDADOSAMENTE

1. Yo/Nosotros doy/damos nuestro consentimiento para que el alumno antedicho participe en las actividades aprobadas de la High School con excepción a las que están tachadas a continuación. Tache sólo aquellas actividades que NO permite que su hijo(a) realice.

Actividades			Deportes		
Consejo estudiantil	Disertación	Club de improvisación multicultural	Club literario deportivo	Fútbol americano	Fútbol
Música instrumental		Thespains	Club de fotos/anuario	Cross Country	Bastoneros
Música Vocal		Sociedad de Honor	Obra teatral del otoño	Baloncesto	Porristas
FEA		Club octagonal	FFA	Lucha	Golf
Decatlón académico		Olimpiadas especiales	Competencias del estado	Atletismo en pista	Voleibol
Obras teatrales		FBLA	Gobiernos de la clase	Tenis	Softbol

Se/sabemos que al participar en actividades organizadas de la High School de Lexington, pueden haber daños, los cuales son inevitables en las actividades. Se/Sabemos que aún con los mejores entrenadores, uso del equipo protector más avanzado, y cumplimiento estricto de las reglas, las lesiones siguen siendo una posibilidad. En raros casos hasta pueden resultar en discapacidad total, parálisis, o aun muerte. Reconozco/reconocemos que he(mos) leído esta advertencia.

(1) _____
(Firma del padre o tutor)
(Fecha)

2. Por la presente doy/damos mi/nuestro permiso para que el alumno antedicho acompañe a todo grupo escolar del cual el/ella sea miembro a todo viaje local o fuera del pueblo. (2) _____
(Firma de padre o tutor)
(Fecha)

3. Autorizo/autorizamos el que la escuela obtenga, mediante un médico de su elección propia, cualquier atención médica urgente que sea razonablemente necesaria para el alumno en el curso de tal(es) actividad(es) o viaje(s) o durante el día de clases, si no se puede comunicar con los padres.

Doy mi permiso para que se le administre a mi hijo(a) un anestésico y/o el tratamiento de emergencia necesario. Por favor firme el # 3 y llene la información a continuación.

(3) _____
(Firma del padre o tutor)
(Fecha)

FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (Si es que firmó el #3)

Nombre de padres _____ Dirección _____

Teléfono _____ Tel. del trabajo _____

Si no hay contestación llame a este número _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____

Médico _____ Tel. _____

Seguro Médico: (Tipo, grupo y Núm. de identificación) _____

Historial de diabetes o epilepsia: (Si) (No) (Especifique) _____

Alergias a Sulfa, Penicilina, etc.: (Si) (No) (Especifique) _____

Alergia a anestesia: (Si) (No) Da permiso para administrar anestesia y dar el tratamiento necesario (Si) (No)

4a. He/hemos leído las políticas sobre las actividades y las de la Asociación de Actividades Escolares de Nebraska (NSAA) y toda política para cada actividad de la High School de Lexington que se encuentran en las Normas de Actividades y las comprendemos totalmente. Concordamos de que nuestro hijo(a) se atenga a estas políticas mientras participe en actividades de la High School de Lexington y que la escuela y sus patrocinantes/entrenadores/profesores/administradores seguirán estas políticas de cerca.

Además comprendo/comprendemos de que si tengo/tenemos una pregunta con respecto a estas políticas o si mi/nuestro hijo(a) no ha cumplido las políticas, puede pedirse una conferencia con el personal de escuela (director, y/o entrenador/patrocinante) para considerar el asunto. (Los procedimientos del proceso debido para las políticas de la NSAA pueden conseguirse en la oficina del director.)

4b. Comprendemos que la escuela no provee aseguración de ningún tipo para cubrir gastos médicos incurridos mientras se participa en actividades o mientras se asista a la escuela y nosotros mismos nos encargaremos de gasto médico. (NOTA: Vea sus políticas de aseguración cuidadosamente para asegurar de que cubran las participaciones deportivas de la escuela.)

4c. Damos permiso para que cualquier información pertinente a la salud de mi niño(a) y necesaria para la planificación educativa o su seguridad, sea compartida entre el personal apropiado de la escuela que sirva a los alumnos (por ejemplo: enfermeros, profesores, entrenadores, o el miembro de personal que administra medicamento).

(4) _____
(Firma de padre o tutor)
(Fecha)
(Firma del alumno)
(Fecha)