

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PADRES/ALUMNOS PARA ACTIVIDADES

Este formulario debe estar archivado junto con su examen físico antes de sacar equipo deportivo y/o comenzar entrenamiento.

Alumno ID# _____

(Nombre del alumno) (Fecha de nacimiento) (Grado) (Año escolar)

PADRES- POR FAVOR, LEA Y COMPLETE CUIDADOSAMENTE

Actividad de otoño participar en _____

Actividad de invierno participar en _____

Actividad de primavera participar en _____

1. Al participar en las actividades organizadas por la escuela secundaria de Lexington, me/nos doy/damos cuenta de que dicha actividad implica la posibilidad de sufrir una lesión inherente a todas las actividades. Yo/nosotros reconozco/reconocemos que incluso con el mejor entrenamiento/patrocinio, el uso del equipo de protección más avanzado y el estricto cumplimiento de las reglas, las lesiones siguen siendo una posibilidad. En raras ocasiones, estas lesiones pueden ser tan graves como para provocar una discapacidad total, parálisis o incluso la muerte. Reconozco/reconocemos que he/hemos leído y comprendido esta advertencia.

2. Por la presente doy/damos mi/nuestro consentimiento para que el alumno mencionado anteriormente acompañe a cualquier grupo escolar del que él/ella sea miembro en cualquier viaje local o fuera del pueblo.

3. Yo/nosotros autorizo/autorizamos a la escuela a obtener, a través de un médico de su propia elección, cualquier atención médica de emergencia que pueda ser razonablemente necesaria para el alumno en el curso de dichas actividades o viajes o durante el día escolar normal, si el padre/tutor no se puede contactar.

Estoy/estamos de acuerdo con las declaraciones antes mencionadas y doy/damos permiso para administrar anestesia y/o tratamiento de emergencia según sea necesario a mi hijo/hija.

(Firma del padre o tutor) (Fecha) (Firma del alumno) (Fecha)

FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (Si está de acuerdo con todas)

Nombre de padres _____ Dirección _____

de Teléfono _____ # de Tel. del trabajo _____

Si no hay contestación, por favor un # en caso de emergencia # de Tel. _____ # de Tel. del trabajo _____

Médico _____ # de Tel. _____

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

Historial de diabetes o epilepsia: (Si) (No) (Por favor especifique) _____

Alergias a Sulfa, Penicilina, etc.: (Si) (No) (Por favor especifique) _____

Alergia a la anestesia: (Si) (No)

4a. He/hemos leído las políticas sobre las actividades, incluidas las de la Asociación de Actividades Escolares de Nebraska (NSSA) y todas las políticas para cada actividad de la High School de Lexington que se encuentran en las normas de Actividades y lo entiendo/entendemos totalmente.

Yo/nosotros acepto/aceptamos que mi/nuestro hijo(a) cumplirá con estas políticas mientras participe en actividades de la High School de Lexington y que la escuela y sus patrocinadores/entrenadores/profesores/administradores seguirán estas políticas lo más cerca posible.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que además si en algún momento tengo/tenemos una pregunta con respecto a estas políticas, puede pedirse una conferencia con el personal de la escuela (director, y/o entrenador/patrocinador) para hablar más sobre el asunto. (El procedimiento completo del debido proceso para las políticas de la NSAA está disponible en la oficina del director.)

4b. Yo/nosotros entiendo/entendemos que la escuela no provee seguro médico de ningún tipo para cubrir gastos médicos incurridos mientras se participa en actividades o mientras se asista a la escuela y se/sabemos que yo/nosotros me/nos encargo/encargamos de los gastos médicos. (NOTA: Vea sus pólizas de seguro médico cuidadosamente para asegurarse de que cubra la participación atlética de la escuela.)

4c. Doy/damos permiso para que cualquier información relevante a la salud de mi hijo(a), necesaria para la planificación educativa y/o su seguridad, sea compartida entre el personal apropiado de la escuela que atiende al alumno (por ejemplo: enfermeros(as), maestros(as), entrenadores, o el personal que administra medicamento).

(Firma del padre o tutor) (Fecha) (Firma del alumno) (Fecha)