2017-18 PPS/PIL Informacion: Deportes Juveniles y Consentimiento de los Padres, Sólo Basquetbol / Atletismo

APELLIDO ALUMNO: _____

PRIMER NOMBRE: _____INICIAL: ____

ESCUELA: _____

GRADO ESCOLAR: (MARCAR) 6th 7th 8th

SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO _____

PADRE/TUTOR: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ESTADO: ____ CODIGO: _____

TELEF. PADRE/TUTOR: _____

CELULAR: _____

EMAIL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

Indicar la talla de sudadera – <u>Sólo en tallas de adulto</u> (marcar uno)

Tallas de dama: XS ___ S ____ M ____ L____ XL____ XXL____

Tallas de caballero: S ____ M ____ L____ XL____ XXL____

Talla de zapatos: Damas _____ Caballeros _____

CUOTA DE PARTICIPACION: (marcar uno)
_____ $150 _____ $60 (para los que tienen almuerzo de precio reducido)

Método de pago: (marcar uno)

_____ Cheque – a nombre de PIL Athletics _____ En efectivo

(DONACION ADICIONAL: FONDO DE BECAS POR NECESIDAD)
_____ $35 _____ $125 _____ $250 _____$500
HACER CHEQUE A NOMBRE DE PIL ATHLETICS

MONTO TOTAL ADJUNTO $ _____

INTENSION DE PARTICIPACION ATLETICA (marcar uno):
Basquetbol Atletismo

APROBACION: Yo sé que el Consejo Estudiantil no tiene seguro médico Atlético y que no asume la responsabilidad por las lesiones ocasionadas en las prácticas o juegos. Si se desea cobertura de seguro para accidentes, yo reconozco que dicha cobertura es la responsabilidad de los padres. **NOTA:** se puede obtener protección de un Seguro a través de compañías de seguro privadas o por Healthy Kids of Oregon, dependiendo los niveles de ingreso económico. Las tarifas e información sobre accidentes puede ser obtenida de manera gratuita a través de su proveedor medico elegido.

☐ Si su/s hijo/s no tienen cobertura de seguro médico, marque el recuadro para que Healthy Kids of Oregon lo contacte en cuanto a un seguro GRATUITO o de BAJO costo para niños y jóvenes de entre 0 a 19 años.
Yo apruebo la participación de mi hijo/a en el programa de deportes de Middle School (grados 6to a 8vo) de PPS y autorizo a que un representante de la escuela administre primeros auxilio esenciales, de ser necesario.

_____
Firma del/de los padres Fecha

DECLARACION DE RIESGOS: PORTLAND PUBLIC SCHOOLS

Todo deporte, que como resultado a un enorme esfuerzo o contacto con superficies móviles o fijas, conlleva riesgos inherentes imposible de erradicar, de daño físico. La responsabilidad de las lesiones debido a estos peligros deberá ser asumida por el deportista y su familia.

La posibilidad de lesiones puede ser reducida, más no eliminada, conociendo y usando las técnicas apropiadas y fundamentales, manteniendo un buen condicionamiento físico, estando alerta en todo momento y asistiendo a todos los entrenamientos y prácticas.

Como condición al permiso a participar, los deportistas aseguran que harán uso de las técnicas y fundamentos apropiados, mantendrán un buen condicionamiento físico, se mantendrán alerta en todo momento y asistirán a todos las sesiones de entrenamiento y práctica, seguirán las instrucciones, obedecerán las reglas de los juegos, y tendrán exámenes de salud regularmente.

No se permitirá la participación de ningún alumno, ni en las practicas, ni en los juegos, hasta que este formulario haya sido firmado, con fecha, tanto por el/los padres o tutor como por el alumno.

ALUMNO - CONSTANCIA DE RECIBO DE LAS ADVERTENCIAS

Por medio de la presente, yo, _____, admito entender la "DECLARACION DE RIESGOS" arriba expuesta. De querer yo más información, me contactaré personalmente con el entrenador. Soy consciente que por mi participación en deporte durante el presente año escolar, me expongo al riesgo de lesiones serias incluyendo pero no limitando, al riesgo de daño cerebral, parálisis o inclusive la muerte, al riesgo de esguinces, fracturas y daño a ligamentos y/o cartílagos, que podrían resultar en limitación temporal o permanente, parcial o completa, de mis extremidades. Habiendo yo sido alertado y advertido de ésto, deseo aun participar en el/los deporte/s listado/s, I por medio de la presente admito que lo haré en completo conocimiento y entendimiento de las serias lesiones a las cuales me estoy exponiendo por participar en dicho/s deporte/s

_____
Firma del alumno Fecha

PADRES - CONSTANCIA DE RECIBO DE LAS ADVERTENCIAS

Por medio de la presente, yo/nosotros, padre/s de_____ _____ admito/timos entender la "DECLARACION DE RIESGOS" arriba expuesta. De querer yo/nosotros más información, me/nos contactaré/remos personalmente con el entrenador. Soy/somos consciente/s que de elegir yo/nosotros autorizar a mi/nuestro hijo/a arriba nombrado a participar en deporte durante el presente año escolar, él/ella podría/n sufrir lesiones serias incluyendo pero no limitando, al riesgo esguinces, fracturas, daño cerebral, parálisis o inclusive la muerte. No obstante estas advertencias y con entero conocimiento y entendimiento del riesgo de la/s lesión/es serias de la/s que puede ser sujeto mi/nuestro hijo/a, doy/damos mi/nuestro consentimiento a que él/ella participe en el/los deporte/s listado/s abajo.

Acepto/amos que mi hijo/a sea transportado por un representante del Distrito en su vehículo propio. Soy consciente de que Portland Public Schools no es responsable de: 1) el seguro del vehículo perteneciente al representante del Distrito, 2) lesiones o daños a la propiedad que ocurran mientras el alumno es transportado en el vehículo personal del representante del Distrito.

En otras circunstancias, un padre de familia, tutor o condiscípulo podría llegar a transportar a otro atleta estudiante. En dichas situaciones, el Distrito no se responsabiliza en organizar o aprobar aquellos planes de transporte.

_____

Firma del/de los padres Fecha

INFORMACION MEDICA DE EMERGENCIA Deporte _____ Año _____

Nombre del participante _____Sexo _____

Dirección _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de padre/tutor _____

Teléfono: Principal _____ Secundario _____ Otro_____

Padres: Llenar por favor

Médico _____Teléfono _____

Dirección_____ Zip _____

Hospital _____Teléfono _____

Seguro médico ☐ Yes ☐ No No. de grupo_____

Compañía aseguradora_____ No. ID _____

Contacto adicional de emergencia _____

Teléfono: Casa _____Trabajo_____ Celular_____

==========

¿El alumno, tiene algún problema médico especial? ☐ Sí ☐ No

De responder SÍ, explique aquí por favor:

_____

¿El alumno, está tomando alguna medicina? ☐ Sí ☐ No

De responder SÍ, explique aquí por favor:

_____

¿Es el alumno alérgico a alguna medicina? ☐ Sí ☐ No

De responder SÍ, explique aquí por favor:

_____

¿En qué fecha le pusieron al alumno su última vacuna de tétano?

_____, 20 ____

En caso de enfermedad, accidente u otra emergencia concerniente a este alumno, el entrenador principal está autorizado a actuar en mi lugar de no poder yo ser contactado. El distrito escolar no se responsabiliza de ningún costo relacionado con ambulancia o cuidados médicos asociados con la respuesta de emergencia por una lesión del alumno.

_____ _____

Firma del padre o tutor legal Fecha