

Meridian Creek Middle School Sport Emergency Information Form

****This form must be completely filled out and returned to the office before the first day of practice*

Please check sports you will be participating in this year:

☐ Cross Country (Fall) ☐ Track (Spring)

Student Name:_____ Birthday:_____ Grade:_____

Primary Guardian Contact:_____ Phone:_____

Secondary Guardian Contact:_____ Phone:_____

Address:_____ City:_____

Emergency Contact (if guardian cannot be reached):

Name:_____ Phone:_____

Relationship to Student:_____

Student's Doctor:_____ Phone:_____

Student's Dentist:_____ Phone:_____

Preferred Hospital:_____ Last Tetanus Immunization:_____

Health History - Please check all conditions that apply and explain below:

☐ Seizure Disorder ☐ Heart Disease ☐ Diabetes ☐ Asthma ☐ Life Threatening Allergy ☐ Chronic
Conditions ☐ Other Health Concerns

If yes, please explain:_____

*We give our consent for coaches to use their own judgment in securing medical aid in case the guardian
can't be reached:* ☐ Yes ☐ No

Insurance Agreement: in order to assure financial protection in case of injuries, it will be necessary for your student to have medical insurance. If you have your own policy, please consult your agent to determine exact coverage before indicating that your student has necessary protection. For those who do not have insurance that covers interscholastic sports, the West Linn-Wilsonville School District has contracted the Oregon School Board Association for student insurance for the current school year. Information is available at each school.

☐ My child has adequate insurance. Insurance Company Name:_____

Policy#:_____

☐ My child is covered under Oregon School Board Association Insu

SPANISH Meridian Creek Middle School
Información de Emergencia para el Deporte



****Esta forma debe de ser completamente llenada y regresada a la oficina de la escuela antes del primer día de prácticas*

Por favor, marque los deportes en el que estarás participando este año:

☐ Campo Travesía (otoño) ☐ Pista (primavera)

Nombre del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Guardián Contacto Primario: _____ Tel: _____

Guardián Contacto Secundario: _____ Tel: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Contacto de Emergencia (si el guardián no puede ser alcanzado):

Nombre: _____ Tel: _____

Relacion con el estudiante: _____

Doctor del estudiante: _____ Tel: _____

Dentista del estudiante: _____ Tel: _____

Hospital preferido: _____ Última inmunización de Tétanos: _____

Historial de Salud - Por favor marque todas las condiciones que apliquen y explique abajo: ☐ Transtorno

Convulsivo ☐ Cardiopatía ☐ Diabetes ☐ Asma ☐ Alergia potencialmente mortal

☐ Condiciones Crónicas ☐ Otros Problemas de Salud

Si la respuesta es si, por favor explique: _____

Damos nuestro consentimiento para que los entrenadores lo usen con su propio juicio para asegurar ayuda médica en caso de que el guardián no pueda ser alcanzado: ☐ Si ☐ No

Acuerdo de Seguro Médico: Para poder asegurar la protección financiera en caso de heridas, será necesario para su estudiante tener seguro médico. Si tiene su propia póliza, por favor consulte a su agente para determinar exactamente la cobertura antes de indicar que su estudiante tenga la protección necesaria. Para aquellos que no tienen seguro que cubra deportes interescolares, el Distrito Escolar West Linn-Wilsonville ha contratado con la Asociación de Consejo Ejecutivo de Escuelas de Oregon, por un seguro de estudiante para el actual año escolar. La información está disponible en cada escuela.

☐ Mi estudiante tiene seguro adecuado.

Nombre de Compañía de Seguro Médico : _____

Póliza#: _____ ☐ Mi estudiante está cubierto bajo el seguro de la Asociación de Consejo Ejecutivo de Escuelas de Oregon

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Entrenadores: Ustedes deben de tener esta forma durante todas las prácticas y juegos.