

Distrito Escolar Unificado de Madera
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Su hijo ha sido invitado a participar en los Relevos Rotarios de Netherton. Al firmar este formulario, usted da permiso para que participe el estudiante nombrado a continuación. Será responsabilidad de los padres proporcionar transporte a casa después del evento. Por favor notifique a su escuela si será necesario un autobús de regreso a la escuela.

Carreras de Netherton Rotary 2025

Prácticas: Serán determinadas por cada plantel escolar. **Fecha:** viernes 28 de febrero a las 6:00 pm. **Ubicación:** Estadio de la Escuela Secundaria Torres.

Estacionamiento: La entrada al estacionamiento para espectadores está por la carretera 26. El estacionamiento adicional está disponible en el estacionamiento Desmond/Nishimoto a través de Martin Street. El aparcamiento es gratuito.

Tarifas de entrada: \$5 para mayores de 10 años; \$3 para niños menores de 10 años y personas mayores (60+); Gratis para niños menores de 3 años y veteranos.

Transporte: Los corredores deben tomar autobuses escolares para llegar al evento. Se servirán cenas. **Información:** para obtener información actualizada, incluidos, mapas de eventos, tarifas de entrada, estacionamiento, horarios de carreras y áreas de recogida de estudiantes, escanee el código QR proporcionado.



<https://sites.google.com/maderausd.org/musd-n-r-relays-2026/home>

Carreras Rotary / Netherton
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE MADERA
TARJETA DE EMERGENCIA

1. Nombre del Estudiante _____ 2. _____ 3. _____
Apellido Nombre Segundo Nombre Grado Fecha de Nacimiento

4. Apellido Legal (Si Diferente) _____ 5. Género (círculo) M F

6. Domicilio _____ 7. _____ / _____
Telefono de Casa Telefono Celular

8. _____ 9. _____ 10. _____
Nombre de Padre Lugar de empleo / ocupación teléfono del trabajo

11. _____ 12. _____ 13. _____
Nombre de Madre Lugar de empleo / ocupación teléfono del trabajo

14. _____ 15. _____ 16. _____
Nombre de Guardian Lugar de empleo / ocupación teléfono del trabajo

17. **AUTORIZACIÓN PARA TRATAR UN MENOR:**
En caso de emergencia, doy mi consentimiento para que mi
El niño es tratado en una sala de emergencias o hospital.
Se entiende que un esfuerzo será hecho para contactar
firmantes abajo antes de la interpretación de cualquier
tratamiento, pero que tratamiento no será retenido si
el abajo firmante no puede ser alcanzado. Esta
autorización es dada consiguiente a las provisiones de
25.8 DEL CÓDIGO CIVIL DE CALIFORNIA

18. Doctor de Estudiante: _____

19. Seguro Médico: _____

20. Si yo no puede ser alcanzado en una urgencia
Por favor póngase en contacto:

Nombre: _____

SECCIÓN

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____