

Formulario de Permiso de Participación de Deportes Estudiantiles

Distrito Escolar de la Escuela Primaria Glendale # 40
7301 N. 58h Ave.
Glendale, AZ, 85301
(623 - 237 - 7282)

Nombre Completo de Estudiante:	Fecha de nacimiento:
Dirección de casa:	Número de teléfono de casa:
Cuidad: ,AZ código postal:	Número Celular:
Escuela:	Grado:

A) Asunción de riesgo, acuse de recibo y liberación

Yo, _____, autorizar mi hijo(a) _____ para participar en el
(Nombre completo del padre de familia.tutor) (Nombre Completo de Estudiante)
_____ Programa de Deportes durante _____. El Comprendo la participación en el programa
(Programa de Deporte) (Otoño/Invierno/Primavera)
Implica una actividad física rigurosa y riesgos de lesiones físicas. Reconozco que mi hijo ha asistido el
Reunión informativa celebrada el _____ en _____. Tengo entendido
(fecha) (ubicación)

los riesgos incluyen una gama completa de lesiones, desde las más pequeñas hasta las más graves. Ser
requerido y usado para la actividad deportiva, las reglas de seguridad empleadas, las instrucciones de
entrenamiento y el seguro atlético estudiantil proporcionado, no hay garantía de que mi hijo (a) para quien soy el
padre / tutor legal no sufrir una lesión o lesiones. Aceptan asumir y aceptar la plena responsabilidad de todos los
riesgos.

B) Cobertura de Seguro

Todos los estudiantes que participan en el programa deportivo del GESD serán cubiertos por el estudiante K12 Athletic del
distrito Plan de seguro Proporcionada y pagada por el Distrito Escolar Primario de Glendale La póliza del plan provee la
pérdida Lesiones cubiertas hasta El Beneficio Máximo de \$ 50,000 para los servicios médicos o la hospitalización según lo
provisto por el plan.

C) Responsabilidad de todos los gastos médicos descubiertos, denegados, por encima de los límites de la póliza

Gastos médicos incurridos por encima de los límites de la póliza, excluidos o no cubiertos por la póliza Son los
responsabilidad de los padres/tutores legales una copia del plan folleto está disponible a petición de para obtener mas
información sobre los beneficios, límites y exclusiones, necesita ponerse en contacto con el proveedor de seguros.

D) Acuerdo de Indemnización / Mantenimiento Inofensivo

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la Glendale Elementary School Dist. No. 40, sus agentes y
empleados de cualquier y toda responsabilidad en relación con mi niño que participa en cualquier programa
del deporte atlético del estudiante de GESD.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con los puntos A), B), C) y D) que se enumeran anteriormente:

Nombre completo en Letra de Molde del padre de Familia/tutor legal: _____

Firma del Padre de Familia/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Permiso para usar el nombre, la semejanza y la información atlética

Doy permiso para el uso del nombre, la semejanza y la información atlética del estudiante en los reportes del Programa de
Deportes atléticos, incluyendo prácticas, scrimmages, y / o competiciones, Literatura Promocional y otros materiales y
lanzamientos relacionados con atletismo interescolar.

Nombre completo en Letra de Molde del padre de Familia/tutor legal: _____

Firma del Padre de Familia/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Formulario de Permiso de Participación de Deportes Estudiantiles

Distrito Escolar de la Escuela Primaria Glendale # 40
7301 N. 58h Ave.
Glendale, AZ, 85301
(623 - 237 - 7282)

Información de emergencia

Nombre Completo del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Nombre del contacto principal: _____ Relación: _____
Domicilio: _____ Escuela: _____
Teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____
Nombre de Contacto Secundario: _____ Relación: _____
Domicilio 1: _____
Domicilio 2: _____
Teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Información Opcional sobre Seguros

Compañía de Seguro Médico: _____ Póliza/Identif #: _____ # de grupo: _____
Dirección de reclamaciones: _____ Teléfono: _____
Nombre del Hospital Preferido: _____ Dirección: _____
Nombre del médico de familia: _____ Teléfono: _____
Dirección del médico: _____

Información de Salud del Estudiante

Enumere cualquier alergia conocida a Medicamentos: _____
Enumere cualquier condición médica o de salud que se debe informar al personal médico de emergencia, en caso de una ¿Emergencia médica? _____

Mi hijo(a) está tomando la (s) siguiente (s)

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Con qué frecuencia toma: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Con qué frecuencia toma: _____

Permiso para administrar y obtener servicios médicos de emergencia

Consiento que un proveedor de atención médica de emergencia administre cualquier atención médica de emergencia que se considere aconsejable para el bienestar del alumno aquí designado mientras el estudiante esté practicando o participando en prácticas deportivas para estudiantes, scrimmages, y / o competiciones. Además, esta autorización permite, esfuerzos razonables para contactarme no han tenido éxito, los médicos deben hospitalizar, Consulta, para ordenar inyecciones, anestesia (local, general o ambas), o la cirugía para el estudiante. Por la presente, acepto pagar los honorarios de los médicos y / o cirujanos, los gastos de hospitalización y cualquier los gastos relacionados con dicha atención médica de emergencia que excedan los límites y / o no estén cubiertos por el Plan de Seguro de Accidentes de Estudiantes del distrito para el programa deportivo designado o los gastos no cubiertos por mii plan de seguro de salud para mi hijo(a).

Nombre completo en Letra de Molde del Padre de Familia/ tutor legal: _____

Firma del padre de Familia/tutor legal: _____ Fecha: _____