

Forma médica de emergencia
El reconocimiento de la declaración de riesgos y seguros

Doy permiso para que _____ (nombre del atleta) mi estudiante participe en las siguientes actividades: _____

He revisado las reglas de elegibilidad y soy consciente de que la participación en el deporte viene con el riesgo de lesiones a mi hijo. Yo entiendo que el grado de peligro y la gravedad del riesgo varía significativamente de un deporte a otro con los deportes de contacto que llevan los mayores riesgos. Heritage Community Charter School NO estará obligado o comprometido a cubrir cualquier gasto médico, dental o de hospital como resultado de las lesiones sufridas por un alumno durante su participación en un programa o actividad escolar. Todos los gastos relacionados con alguna lesión serán responsabilidad de los padres/tutores del alumno. Además, el padre/tutor abajo firmante indemnizará y liberará a Heritage Community Charter School de toda responsabilidad como resultado de la participación de su hijo/a en cualquier programa o actividad que constituye el objeto del contrato de este Permiso para participar en actividades/programas.

Exoneración de responsabilidad (padre/tutor ponga sus iniciales en el que corresponda)

_____ Yo tengo seguro que cubre los gastos médicos si mi hijo/a se lesiona durante su participación en un programa o actividad escolar.

_____ Yo no tengo seguro para mi hijo/a y entiendo que el distrito escolar NO es responsable y NO pagará cualquier gasto médico o de hospital si el/ella se lesiona durante su participación en un programa o actividad escolar.

Por esta firma yo aquí autorizo para que el médico (s) y otros proveedores de atención de salud seleccionados por mí mismo o de la escuela para proporcionar tratamiento para cualquier lesión o enfermedad que produce participación en el atletismo / actividades para su / su escuela durante el año escolar cubierta por esta forma. Además doy mi consentimiento para permitir que dicho médico (s) o proveedor de atención médica (s) para compartir información apropiada relacionada con mi hijo que es relevante para la participación en deportes y actividades con los entrenadores y demás personal que considere necesario.

Para ser completado y firmado por el padre / tutor

nombre del estudiante _____ edad _____ grado _____

Por favor escriba cualquier problema de salud que podrían ser significativos a un medico evaluación de su hijo en caso de una emergencia. _____

_____ Por favor anote cualquier alergia (medicamentos u otros)

Ha indicado que los estudiantes de un inhalador o epipen?

Por favor escriba todos los medicamentos a los estudiantes que están llevando actualmente:

_____ ¿Usa estudiante lentes de contacto? ____ Por favor anote la fecha del último vecuna del tetano:

_____ Número de teléfono durante el día (donde se le pueda localizar en caso de emergencia)

_____ Número de teléfono de noche (donde se le pueda localizar en caso de emergencia)

_____ Contacto de emergencia que no sea el padre o tutor _____

_____ (nombre)Relación con el estudiante _____

_____ Número de teléfono _____

He tenido la oportunidad de comprender el riesgo inherente en los deportes. He leído atentamente, además, el padre/tutor abajo firmante indemnizará y liberará a Heritage Community Charter School de toda responsabilidad como resultado de la participación de su hijo/a en cualquier programa o actividad que constituye el objeto del contrato de este permiso para participar en actividades/programas.

Firma del padre / tutor _____ fecha _____