



# Stanfield Secondary School

1120 North Main St. Stanfield, Oregon 97875

Telefono (541) 449-3851 Fax (541) 449-8751

## FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

**Año Escolar 2014-15**

**Sólo para uso OFICIAL**

\_\_\_\_ Physical – A current physical must be on file in the athletic office. Last Physical: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ASB FEE- Each Athlete must pay for their ASB Card prior to their first practice.

FEES: HS: \$45 MS: \$30

**Seguro:** Los estudiantes que participant en atletismo interescolar en la escuela de Stanfield están obligados a tener algún tipo de seguro atléticomédico.

¿Tiene ese seguro? \_\_\_\_\_

Si sí, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros? \_\_\_\_\_

Si usted no tiene seguro, usted puede obtener la cobertura escolar. Los formularios de seguros están disponibles en la oficina del director atlético de Stanfield.

**Exámenes físicos:** Los estudiantes que compiten en atletismo (grados 7-12) deben tener un examen físico para deportes en los archivos de la oficina antes de que pueda participar en cualquier práctica o eventos deportivos. Los exámenes físicos deben realizarse antes de participar en los grados 7, 9, y 11. **Los exámenes físicos son Buenos por dos años.**

**Participación:** Por la presente, doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_ competir en los deportes interescolares en la escuela de Stanfield con el conocimiento de que las necesidades del seguro medico y un previo examen físico para participación.

\*\*\*\*\*

### INFORMACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

Apellido Primer nombre Segundo nombre

DIRECCIÓN DE CORREO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

EN CASO DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O EMERGENCIA AL ESTUDIANTE MENCIONADO ARRIBA, la escuela está autorizado a proceder como se indica abajo. POR FAVOR MANTENGA ESTA INFORMACIÓN ACTUAL. NÚMERO DE CADA ARTICULO 1, 2, 3, etc. CON EL FIN DE ACCIÓN DESEADO:

( ) Contactar a madre en \_\_\_\_\_

( ) Contactar a padre en \_\_\_\_\_

( ) Si los padres no pueden ser localizados, contactar: \_\_\_\_\_

Nombre Relación Telefono

( ) Contactar al médico de la familia: \_\_\_\_\_

Nombre Relación Telefono

( ) Tome al estudiante al hospital más cerca\*

( ) Otro \_\_\_\_\_

Fecha de la inmunización de tetanus \_\_\_\_\_

Información alergias (alimentos, medicamentos, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

Otros problemas de la salud \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Número de "Group" o "ID" por los seguros \_\_\_\_\_

Seguros de la escuela \_\_\_\_\_ Seguros de actividades especiales \_\_\_\_\_

\*Nota: Entiendo que las autoridades escolares usarán su mayor juicio en la determinación de la atención y los procedimientos de emergencia. También entiendo que la escuela no asume ninguna obligación financier para los gastos incurridos en la realización de los procedimientos de emergencia y/o transporte de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha