



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