

NOMBRE _____
 Apellido Nombre 2º Nombre Fecha Grado en la escuela

PERMISO ATLETICO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Esta porción debe llenarse cada año.

1. Por la presente doy mi permiso para que mi hijo practique y compita representando a la escuela en los deportes inter-escolásticos aprobados por el WIAA excepto aquellos restringidos en esta forma.
2. De acuerdo a los requerimientos del Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 y las normas promulgadas bajo la misma, (conocidas en conjunto como "HIPAA"), autorizo a los proveedores de salud del estudiante nombrado en esta forma, incluyendo personal médico de emergencia y otros profesionales entrenados en forma similar que asistan a un evento o practica escolar, revelar o intercambiar información médica esencial relacionada con lesiones y tratamiento de este estudiante al personal escolar del distrito apropiado, tales como, sin limitación, Director, Director Atlético, Entrenador Atlético, Médico del Equipo, Entrenador del Equipo, Asistente Administrativo del Director Atlético, y otros proveedores de salud profesionales, con propósito del tratamiento, cuidados de emergencia, y mantenimiento de registros de lesiones.
3. También doy fe de que el estudiante nombrado en esta forma no tiene ni ha tenido lesiones o enfermedades de severidad tal para requerir una evaluación médica antes de participar durante este año escolar.

Yo, el abajo firmante, tengo seguro adecuado y acepto tomar responsabilidad financiera total por cualquiera y todas las lesiones que mi hijo o hija sufra al participar, ya sea en una práctica o competencia, en todo deporte de WIAA u otro patrocinador dentro del programa Atlético del Distrito Escolar del Área de Appleton.

Además, con pleno conocimiento y voluntariamente renuncio a cualquier queja en contra y libero permanentemente al Distrito Escolar del Área de Appleton, los Miembros de su Consejo, sus Oficiales, Agentes, Empleados y Voluntarios por todas y cada una de las lesiones sufridas por mi hijo o hija al participar ya sea en entrenamiento o en competencia en cualquier deporte patrocinado por WIAA u otros, dentro del programa Atlético del Distrito Escolar del Área de Appleton.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Nombre legible del Padre o Tutor _____

Distrito Escolar del Área de Appleton – Código Atlético de Conducta

Esta porción debe llenarse cada año.

Entiendo todas las reglas y normas del Código de Conducta atlético del Distrito Escolar del Área de Appleton. Además, estoy de acuerdo en cooperar con la escuela para hacer cumplir el código, para el mejoramiento de todos los interesados.

Firma del Atleta _____ Fecha _____

Firma del Padre _____ Nombre legible del Padre _____

Deportes _____

Actividades _____

Información de Elegibilidad Atlético en Preparatoria en la Asociación Atlético Inter-escolástica de Wisconsin

Regla de elegibilidad para Padres y Atletas

Esta porción debe llenarse cada año.

Certifico que he leído, comprendido y estoy de acuerdo en acatar toda la información contenida en el boletín de Elegibilidad Atlético del WIAA. También certifico que si no he entendido alguna información contenida en dicho documento, he buscado ayuda y he recibido explicación de la información antes de firmar esta declaración.

Firma del Estudiante/Atleta _____ Fecha _____

Firma del Padre o Tutor _____

Una forma de acuerdo sobre concusiones, por separado, debe presentarse y archivararse antes del comienzo de prácticas.

Año Alternativo Atlético/ Nueva página de Examen Físico
Llenar nombre, edad, dirección etc., y **ya sea** el Año Alternativo o la casilla de Permiso Atlético

NOMBRE _____
Apellido Nombre 2° Nombre Fecha de Nacimiento.
Edad Sexo Grado Escuela Teléfono
Dirección Actual Ciudad C.P

*****Una de las dos casillas debe completarse y archivarse antes de la primera práctica*****

Tomar nota que un examen físico tomado después del 1° de abril sirve para los siguientes dos años con esta renuncia alternativa. Los exámenes físicos tomados antes del 1° de abril sólo sirven para el resto del año escolar y durante el año siguiente con esta renuncia alternativa. La escuela debe tener una copia del examen físico original archivada, así que los atletas nuevos o estudiantes transferidos deben tenerlo listo.

PERMISO ATLETICO DE AÑO ALTERNO DE WIAA

EL PERMISO ATLETICO Y LA RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA PAGINA UNO DEBEN ESTAR FIRMADOS.

AÑO ESCOLAR 20____ - 20____

NOMBRE _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
Apellido Nombre 2 Nombre

Dirección Actual _____ Teléfono _____

A LOS PADRES: Si se tiene alguna duda sobre si el estudiante no estuviera lo suficientemente saludable para competencias atléticas sin, al menos, una reevaluación parcial, llamar a su consejero médico antes de firmar. Siempre respetar las recomendaciones del proveedor de salud primario, al decidir si se requiere o no un nuevo examen físico. El WIAA requiere un nuevo examen físico cada dos años por lo menos para poder competir. Al firmar abajo se indica que el estudiante tiene buena salud física y puede participar y que ha tenido un examen físico durante los pasados dos años, de acuerdo con los requerimientos del WIAA.

Fecha del examen físico original _____

FIRMA DEL PADRE _____ FECHA _____

TODOS LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES EN EVENTOS ATLETICOS INTER-ESCOLASTICOS, DEBEN TENER ESTA TARJETA ALTERNATIVA O UN EXAMEN FISICO AL CORRIENTE EN ARCHIVO ANTES DE PRACTICAR O PARTICIPAR

--O--

PERMISO FISICO ATLETICO DE WIAA

EL PERMISO ATLETICO Y LA RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD DE PAGINA UNO DEBEN ESTAR FIRMADAS.

AÑO ESCOLAR 20____ - 20____

Los exámenes físicos de abril 1 y posteriores son válidos para los siguientes dos años; los exámenes físicos tomados antes del 1 de abril son válidos solamente para el resto de ese año escolar y el siguiente. Al tomar un nuevo examen físico, asegurarse de llenar una forma de Historia Física antes de la visita al doctor y solicitarle que complete lo siguiente después del examen.

Aprobado sin restricción Aprobado, recomendando evaluación adicional o
tratamiento para: _____

No aprobado para: Todos los deportes Algunos deportes: _____

Razones y recomendaciones: _____

Firma de Médico con Licencia (MD o DO) y (APNP o PA): _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ C. P _____ Teléfono oficina _____ Fecha de examen: _____

****Todos los estudiantes participando en eventos atléticos Inter-escolásticos deben tener esta forma archivada ANTES DE PRACTICA O COMPETENCIA***