



2016-2017

Formulario de Elegibilidad de Actividades



Ambos lados de este formulario deben ser completados y deberá ser devuelto a la oficina de actividades-atléticas antes de poder participar en cualquier actividad de tipo extra-curricular. Todos los formularios deben de ser firmados por el director de actividades designado o su delegado. Para leer el manual de Código de Actividades extra-curriculares visite la página en internet del Distrito de Escuelas Publicas del Área de Green Bay, o pase directamente a la oficina de actividades-atléticas para obtener una copia.

DEPORTE/ACTIVIDAD

EN LA QUE PARTICIPA:

OTOÑO

INVIERNO

PRIMAVERA

ACTIVIDAD

ACTIVIDAD

INFORMACION DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE: Última escuela a la que asistió:

Nombre del Estudiante: Fecha de Nacimiento: Grado:

Dirección: Teléfono en casa/celular:

Padre(s) o Apoderado Legal(es) a quienes se les puede contactar durante el día escolar:

Nombre: Teléfono Casa/Celular: Teléfono en el trabajo:

Nombre: Teléfono Casa/Celular: Teléfono en el trabajo:

Doctor: Dirección: Teléfono:

Dentista: Dirección: Teléfono:

Hospital Preferido:

Nombre de un pariente/vecino quien pueda ser contactado en caso de emergencia: Teléfono:

Observaciones especiales (cualquier información relacionada con la salud de su hijo que deberíamos saber: alergias, asma, etc.) En caso de accidente o enfermedad grave, solicito que la escuela se ponga en contacto conmigo. Si la escuela es incapaz de comunicarse conmigo, yo autorizo a la escuela para llamar al médico, centro de emergencias de hospital que figura en esta tarjeta, o el escuadrón de rescate y seguir sus instrucciones:

Código Extra-Curricular del Participante y Reconocimiento del Padre de Familia

Por la presente reconozco que he leído el código de actividades Co-curriculares de Green Bay y entiendo las reglas y las sanciones por infracciones de las normas estipuladas en el código. Como estudiante, yo entiendo que mi participación en las actividades extra-curriculares es un privilegio y por lo tanto, me comprometo a acatar estas normas y reglamentos. Además reconozco que si no he entendido cualquier información contenida en este código, he buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar este formulario.

Se entiende que practicar deportes o participar en otras actividades incluye riesgos inherentes con dicha participación y puede causar daño a cualquier persona que se dedica a ellos. Debido a estos peligros, reconozco la importancia de seguir las indicaciones de los entrenadores asesores acerca de las técnicas del juego, equipo o actividad de formación y otras reglas y estoy de acuerdo en obedecer las instrucciones dadas.

En consideración con el Distrito de Escuelas Publicas de Green Bay ("GBAPSD") que permita al estudiante a hacer una prueba para un equipo o participar en actividades, por la presente asumo todos los riesgos asociados con la participación y acepto mantenernos al GBAPSD indemne de cualquier y toda responsabilidad que pueda surgir con respecto a la participación en deportes y otras actividades voluntariamente elijo participar a pesar de los riesgos inherentes.

Firma del participante y fecha: Fecha:

Firma del padre /apoderado legal: Fecha:

For Office Use Only:

ATHLETICS

Physical
HIPAA Form

FOREIGN EXCHANGE

Physical
HIPAA Form
WIAA Foreign Exchange

Signature of Activities Director

Date

TARJETA DE INFORMACION PARA AÑOS ALTERNATIVOS DE WIAA

Esta tarjeta deberá ser completada cada año antes de que pueda comenzar la participación en cualquier programa de atletismo

Fecha más reciente en el que el estudiante se sometió a un examen médico físico para deportes:

(Si no está seguro de la fecha, revise con la oficina de actividades de atletismo para la fecha de la última tarjeta en archivo)

1. Yo doy mi permiso para que el estudiante nombrado anteriormente pueda practicar y competir y representar a la escuela en deportes aprobados por el WIAA
2. También atestiguo el hecho de que el anterior estudiante no ha tenido ninguna lesión o enfermedad suficientemente grave como para justificar una evaluación médica antes de participar en este año escolar.
3. Conforme a los requisitos de la Health Insurance Portability Accountability Act de 1996 y la reglamentación promulgada bajo la misma (colectivamente conocidas como "HIPAA"), autorizo a los proveedores de cuidado de la salud del estudiante nombrado arriba, incluyendo el personal médico de emergencia y otros profesionales igualmente capacitados que pueden asistir a un evento inter-escolar o práctica, a la revelación o intercambio de información médica esencial con respecto a la lesión y el tratamiento de este estudiante al personal del distrito escolar apropiado tales como pero no limitados a: Director, Director atlético, entrenador de atletismo, equipo médico, entrenador, asistente administrativo para el Director Atlético y otros proveedores de atención médica profesionales, para fines de tratamiento.
4. Se recomienda que la información sobre alergias y medicamento de su hijo este disponible.

PADRES: Si hay cualquier pregunta de que este estudiante no puede calificar para la competencia atlética sin, al menos, una nueva evaluación parcial, póngase en contacto con su asesor médico antes de firmar esta carta.

_____ **Firma del Padre/Apoderado Legal**

_____ **Fecha**

Reconocimiento y Acuerdos acerca de las Conmociones Cerebrales

Como padre y como atleta, es importante reconocer las señales, síntomas y comportamientos de una conmoción cerebral. Al firmar este formulario usted está declarando que entiende la importancia de reconocer y responder a las señales, síntomas y comportamientos de una lesión de la cabeza o una conmoción.

Reconocimiento y aceptación del padre/tutor:

Yo, _____ he leído la información acerca de las conmociones por parte del Distrito de Escuelas Publicas del Área de Green Bay y entiendo lo que es una conmoción cerebral y cómo puede ser ocasionada.

También entiendo las señales comunes, síntomas y comportamientos de una conmoción cerebral. Estoy de acuerdo que mi hijo debe retirarse de la práctica/juego si se sospecha de una conmoción cerebral.

- Yo entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se hace de mi conocimiento una presunta conmoción.
- Yo entiendo que mi hijo no puede volver a practicar o jugar hasta que se proporcione autorización escrita de un médico apropiado a su director deportivo.
- Entiendo las posibles consecuencias de que mi hijo regrese a la practicar/juegos demasiado pronto.

Firma del padre/apoderado legal: _____ **Fecha:** _____

Acuerdo del Atleta:

Yo _____ he leído acerca de las conmociones por parte del Distrito de Escuelas Publicas del Área de Green Bay y entiendo lo que es una conmoción cerebral y cómo puede ser ocasionada.

- Yo entiendo la importancia de notificar una presunta conmoción a mis entrenadores y a mis padres/tutores.
- Yo entiendo que debo ser retirado de la práctica/juegos si se sospecha de una conmoción cerebral.
- Yo entiendo que yo debo proporcionar autorización escrita de un proveedor de atención médica adecuado a mi director deportivo antes de volver a practicar o juegos.
- Entiendo las posibles consecuencias de volver a practicar/jugar demasiado pronto y que mi cerebro necesita tiempo para sanar.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Reconocimiento del Padre de la Participación en Actividades del WIAA

Yo por medio de la presente reconozco y acepto acatar toda la información contenida en el boletín de información de elegibilidad WIAA conforme a lo estipulado en el Apéndice B del código-manual de actividades extra-curriculares. Además, reconozco que si no he entendido cualquier información, he solicitado y recibido una explicación de la información antes de firmar este formulario.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padre/Apoderado Legal: _____ **Fecha:** _____