

DISTRITO ESCOLAR DE THOMPSON
LISTA PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES PARA ESTUDIANTES QUE NO
PERTENECEN AL DISTRITO

Marcar cada una al ser completada	Revisado el 6/5/18
_____	<p style="text-align: center;">REGRESE EL PAQUETE COMPLETO A LA OFICINA DE ATLETISMO</p>
_____	<p>PARTE A – PERMISO DE LOS PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permiso de los padres para la participación en deportes <p><i>Leer y completar con los padres/tutores. El permiso debe ser firmado por uno de los padres/tutores.</i></p>
_____	<p>PARTE B – HOJA DE FIRMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de reconocimiento del Código de Conducta, Reglas de Entrenamiento y Estándares para la Comunicación • Información de elegibilidad estudiantil CHSAA • Política en contra de las novatadas de la CHSAA <p><i>Leer y completar con los padres/tutores. Debe tener las iniciales y la firma del padre/madre/tutor y del estudiante</i></p>
_____	<p>PARTE C – EVALUACIÓN MÉDICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización del Médico <ul style="list-style-type: none"> ○ La debe completar un médico M.D., D.O., D.C., Spc. o enfermera especializada (<i>nurse practitioner</i>). ○ Hacer la cita con anticipación – por lo menos dos meses antes de la temporada del deporte. ○ Para ser válido, este examen debe haber sido realizado en los últimos 365 días.
_____	<p>PARTE D – TARJETA EN CASO DE LESIONES/EMERGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información en caso de lesiones o emergencias durante su participación en deportes • Formulario de <i>OCR de Orthopedic & Spine Center of the Rockies</i> <p><i>Debe firmar y completar al principio de cada temporada de participación.</i></p>
_____	<p>PARTE E – TRANSPORTE ALTERNATIVO</p> <p><i>Debe firmar y completar al principio de cada temporada en la que participe su estudiante.</i></p>
_____	<p>CUOTA DE DEPORTES – LAS MANERAS ACEPTADAS DE PAGO SON EFECTIVO, CHEQUE O REVTRAK (pagos en línea)</p> <p><u>HIGH SCHOOL</u></p> <p>Una cuota de \$125 para estudiantes de high school que pertenecen al distrito TSD /\$175 high school fuera del distrito TSD. Una cuota de \$150 para el equipo de fútbol americano para los que participan por primera vez. La cuota por el equipo de fútbol americano NO cuenta para el máximo de las familias. Hay un máximo anual por familia de high school de \$325.00 por año escolar que estén inscritos los estudiantes; el máximo anual por familia para los estudiantes que no están inscritos es \$460.00.</p> <p><u>ESCUELA SECUNDARIA</u></p> <p>\$50 secundaria en el distrito TSD/\$70 secundaria fuera del distrito TSD o \$20 intramuros en el distrito TSD/\$30 intramuros fuera del distrito TSD. Hay un máximo anual para secundaria de \$125.00 por familia por año escolar para cada estudiante inscrito; el máximo por familia para los estudiantes no inscritos es \$175.00.</p> <p><u>HIGH SCHOOL Y ESCUELA SECUNDARIA</u></p> <p>La cuota de deportes se debe pagar antes de la autorización para participar. Los estudiantes en el programa de almuerzos gratis/a precio reducido pueden solicitar una exención de esta cuota. Cualquier otro estudiante con dificultades financieras puede comunicarse con el Director de Deportes para hablar de una exención de la cuota. Las maneras aceptadas de pago son: efectivo, cheque o RevTrak (pagos en línea).</p>

1. Bring completed packet and payment (or make your payment online and bring your receipt) to Athletic office.
2. Clearance will be issued after ALL items listed and your FEE or WAIVER has been submitted.
3. Report to the coach with the clearance. No participation will be allowed until clearance has been given to the coach.
4. Clearance must be requested (and the fee paid) at the beginning of each sport season in which the student participates. (Check with your school office for specific school variations to this procedure.)

PARTE A PERMISO DE LOS PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

Deportista _____ Grado _____ Deporte _____

Escuela a la que Asiste _____ Educación Escolar en Casa (*home schooled*) Sí ___ No ___

Se mudó/transfirió en los últimos 12 meses Sí ___ No ___ Estudiante de Intercambio Sí ___ No ___

Correo electrónico del padre/madre/tutor _____

Por favor, llene esta información si su estudiante atleta va a una escuela a la que no le toca asistir o si recibe su educación en casa.

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____ Celular _____

Fecha en la que se inscribió en su escuela actual _____ Escuela a la que asistió anteriormente _____

¿Practicó o jugó este año o el año escolar pasado? Sí ___ No ___

Su inscripción anterior fue de (mes/día/año) _____ a (mes/día/año) _____

Por favor, lea y complete la siguiente parte con el padre/madre/tutor.

Advertencia: Aunque la participación en deportes y actividades interescolares supervisadas puede ser una de las cosas menos peligrosas en las que el estudiante participará dentro o fuera de la escuela, POR NATURALEZA, LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES INTERESCOLARES INCLUYE UN RIESGO DE LESIÓN, EL CUAL PUEDE VARIAR EN SEVERIDAD DESDE LEVE HASTA UNA LESIÓN GRAVE A LARGO PLAZO O LA MUERTE. A pesar de las reglas y los reglamentos orientados a la seguridad y la protección de todos los deportistas en todos los deportes, junto con la gran cantidad de equipo que algunos deportistas deben llevar para participar en su deporte, la naturaleza y el carácter físico de los deportes de contacto y no contacto pueden fácilmente conducir a las lesiones, y ni el equipo ni el entrenamiento pueden eliminar el riesgo de sufrir daño. Aunque las lesiones graves no son comunes en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar este riesgo.

LOS PARTICIPANTES DEBEN OBEDECER TODAS LAS REGLAS DE SEGURIDAD, REPORTARSE A SUS ENTRENADORES, SEGUIR UN PROGRAMA APROPIADO DE ACONDICIONAMIENTO, E INSPECCIONAR Y UTILIZAR SU PROPIO EQUIPO DIARIAMENTE.

El Distrito Escolar de Thompson generalmente proporciona transporte escolar a los estudiantes para la ida y vuelta a una gran cantidad de actividades, eventos, partidos y juegos. Sin embargo, el Distrito no puede proporcionar transporte escolar en todas las circunstancias y a todos los eventos o actividades. Cuando el transporte del Distrito no esté disponible, es la responsabilidad de los padres o tutores del estudiante proporcionar o planear el transporte de su estudiante para ir y venir del evento.

Al firmar este permiso para la participación en deportes, reconocemos que hemos leído y entendido esta advertencia. LOS PADRES O ESTUDIANTES QUE NO QUIEREN ACEPTAR LOS RIESGOS DESCRITOS EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBEN FIRMAR ESTA HOJA DE PERMISO.

POR MEDIO DE LA PRESENTE, PERMITO AL ESTUDIANTE MENCIONADO ANTERIORMENTE A,

(1) Representar a su escuela en actividades deportivas excepto en aquellas indicadas en el formulario médico; (2) acompañar a cualquier equipo escolar del que él/ella es miembro en sus viajes locales o fuera de la ciudad; (3) recibir, por parte de un médico, técnico de emergencia médica, técnico o entrenador de deportes certificado elegido por la escuela, la atención médica de emergencia que pueda llegar a ser razonablemente necesaria en el curso de tales actividades deportivas o viajes. Entiendo que el costo de dicha atención médica es mi responsabilidad. También, estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a la escuela, o a cualquier persona que actúa en su nombre, de cualquier lesión ocurrida al estudiante en el curso adecuado de dichas actividades deportivas o viajes.



Fecha _____ Firma del Padre/Madre/Tutor _____

En cumplimiento de la política del distrito escolar, cada estudiante que participa en un programa deportivo organizado debe estar cubierto bajo un seguro médico/de accidente apropiado y tener una exención de responsabilidad por parte de los padres o tutores por cualquier lesión o accidente que ocurra mientras participa en tales programas. Me comprometo a mantener dicho seguro vigente y en efecto; y por medio de la presente, asumo la responsabilidad financiera plena y completa relacionada a cualquier lesión o accidente que ocurra mientras participa en el programa deportivo, o cuando esté viajando hacia o desde tal programa. **POR MEDIO DE LA PRESENTE, CERTIFICO QUE EL ESTUDIANTE MENCIONADO ANTERIORMENTE TIENE LA SIGUIENTE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO:**

Nombre del Seguro Médico _____ Número de la Póliza/Grupo: _____

(Si la familia no tiene seguro médico, el estudiante debe comprar un seguro médico a través de la escuela para la escuela.) La información de este seguro está disponible en la high school o en el Departamento de Seguros del Distrito.

Padre/Madre/Tutor Y Estudiante – *Por favor, pongan sus iniciales a un lado de las flechas y firmen donde se indica.*

RECONOCIMIENTO DEL CÓDIGO DE CONDUCTA, REGLAS DEPORTIVAS DE ENTRENAMIENTO Y ESTÁNDARES DE COMUNICACIÓN

➡ _____, _____ Las siguientes firmas indican que los padres y el estudiante-deportista han leído los Estándares de Comunicación del Distrito Escolar de Thompson – El Manual de Deportes y Actividades, y las Reglas Deportivas de Entrenamiento/Conducta que se encuentran en línea, y que **están de acuerdo con los términos y las estipulaciones, y entienden que este documento está en vigor hasta la graduación del deportista:**

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE

➡ Por medio de la presente, doy mi permiso para que _____ compita en los deportes para la escuela _____ en los deportes aprobados por La Asociación de Actividades de High School de Colorado (*CHSAA – Colorado High School Activities Association*), excepto como se indica en el formulario del examen físico y permiso de los padres, y he leído y entiendo las pautas generales de elegibilidad así como se indican en el folleto de competidores de CHSAA (*CHSAA Competitor’s Brochure* – en el sitio Web de CHSAA).

➡ _____, _____ He leído, entiendo y estoy de acuerdo con Las Pautas Generales de Elegibilidad (*General Eligibility Guidelines*) así como se indican en el folleto de competidores de CHSAA (*CHSAA Competitor’s Brochure*).

Ningún estudiante representará a su escuela en deportes interescolares antes de entregar al Superintendente o Director(a) de la escuela una declaración firmada por los padres o tutores y un formulario de examen físico que certifique que el estudiante ha pasado un examen físico adecuado durante el último año y señale que en la opinión del médico, asistente médico, enfermero especializado o quiropráctico certificado/registrado que realizó el examen físico, el estudiante está físicamente apto para participar en los deportes de high school; que el estudiante tiene el permiso de sus padres o tutores para participar; y que los padres y el participante han leído, entendido y están de acuerdo con las pautas de elegibilidad de CHSAA.

POLÍTICA EN CONTRA DE LAS NOVATADAS

La Asociación de Actividades en High School de Colorado (CHSAA) prohíbe el acoso, novatadas, intimidación o amenazas. Las novatadas incluyen, pero no se limitan a tácticas para humillar, aislamiento social forzado, abuso verbal o emocional, consumo forzado o excesivo de alimentos o líquidos, o cualquier actividad que requiera que el estudiante participe en una actividad ilegal. Entiendo que las novatadas no son permitidas en una actividad autorizada por la CHSAA.

No participaré en ningún tipo de conducta prohibida. Además, entiendo que es mi responsabilidad reportar inmediatamente cualquier acto relacionado a novatadas del que tenga conocimiento a un patrocinador, maestro, consejero, miembro de apoyo escolar, entrenador o administrador en mi escuela.

➡ _____, _____ Al firmar este documento reconozco y afirmo mi responsabilidad de prevenir y reportar novatadas. También entiendo que cualquier violación puede resultar en consecuencias en la escuela o el equipo que pueden incluir el despido de la actividad o consecuencias disciplinarias adicionales y/o ser referido a la policía.

➡ **FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR** _____ **FECHA** _____

➡ **FIRMA DEL ESTUDIANTE/ATLETA** _____ **FECHA** _____



ORTHOPAEDIC & SPINE
CENTER OF THE ROCKIES

www.orthohealth.com

MEDICAL INFORMATION CARD

**HIGH SCHOOL
STUDENT-ATHLETE MEDICAL INFORMATION**

General Information (Please Print)

Student Name: _____ **Sport:** _____
Age: _____ Grade: _____ Birth Date: _____ SS# _____
Parent/Guardian(s) Name: _____
Address: _____
Phone: day: _____ night: _____ cell: _____
Other authorized persons to contact in emergency:
Name: _____ Phone: _____
Name: _____ Phone: _____
Hospital Preference: _____ Insurance Co. _____
Policy #: _____ Group #: _____ Phone #: _____

Medical Information

Medical Illnesses: _____
Last tetanus booster shot (mo/yr): _____ Allergies: _____
Medications: _____
(any medications possible needed to be taken during competition require a physician's note)
Previous head/neck or back injury: _____
Previous heat-related problems: _____
Other information necessary to inform medical staff: _____

Consent for Athletic Conditioning, Training and Health Care Procedures

I hereby give consent for my child to participate in the school's athletic conditioning and training program and to receive any necessary treatment, including first aid, diagnostic procedures and medical treatment that may be provided by treating physicians, nurses and other healthcare providers including OCR Athletic Trainers and OCR physicians. OCR has my permission to release athletic injury information about my child to the school. In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission for my child to be transported to receive necessary treatment. I understand that OCR does research in the prevention of the athletic injuries and use generalized information that does not personally identify the individual student. OCR may use this generalized information that does not identify my child in such research.

Parent or Guardian Signature _____ **Date:** _____

This card is valid from current school year.

Note: If any changes in the above information occur, a new card must be completed by the parent

PHYSICIAN CLEARANCE

Name of Student Athlete _____

Date of Birth _____

A. Cleared

B. Cleared after completing evaluation/rehabilitation for:

C. Not cleared for:

collision

contact

non-contact ___ strenuous ___ moderately strenuous ___ non strenuous

RECOMMENDATIONS:

NAME OF PHYSICIAN/PA/NURSE PRACTITIONER/CERTIFIED-REGISTERED CHIROPRACTOR:

ADDRESS _____

PHONE _____

SIGNATURE OF MD/DO,PA/NA,DC-SPC#

DATE: _____

Parte D INFORMACIÓN DE EMERGENCIA EN CASO DE LESIONES POR LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES PARA ESTUDIANTES QUE NO PERTENECEN AL DISTRITO

Deportista _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grado _____
Estatura _____ Peso _____

Escuela a la que Asiste _____ Educación Escolar en Casa (*home schooled*) Sí ____ No ____
Deporte _____

Padre/Madre/Tutor _____ Celular _____

Dirección _____ Teléfono de Casa _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Otro Contacto en Caso de Emergencia _____ Celular _____

Médico _____ Teléfono _____ Hospital que Prefiere _____

Compañía de Seguro Médico _____ Número de la Póliza/Grupo _____

Por medio de la presente, permito al Entrenador(a) u otro funcionario escolar de hacer los arreglos del tratamiento de emergencia para el estudiante mencionado anteriormente, por parte de un médico, EMT, entrenador atlético certificado, o sala de urgencias de un hospital, en caso de que yo no pueda ser notificado(a). Entiendo que la escuela no tiene seguro médico por cualquier pérdida que pueda ocurrir debido a una lesión como consecuencia de la participación deportiva.



_____ Fecha _____
Padre/Madre/Tutor

La siguiente información puede ser necesaria para actuar de manera apropiada en ciertas situaciones. Por favor, complete correctamente.

1. Alergias y Medicamentos:

Alergias Conocidas

Medicamentos/Dosis que está tomando

2. Otros Medicamentos/Dosis que está tomando

3. Condiciones Médicas Conocidas (circule la que corresponda y añada otras, si es necesario):

_____ Diabetes _____ Trastorno de Convulsiones _____ Asma

Otras _____

4. Historial de una lesión pasada de importancia (¿qué, dónde, cuándo?):

5. Fecha de la última vacuna contra el Tétano: Mes _____ Año _____

Parte D

ATHLETIC INJURY EMERGENCY INFORMATION

(esta copia en inglés es para la escuela)

Athlete _____ Birthdate _____ Age _____ Grade _____ Height _____ Weight _____
School Attending _____ Home-Schooled Yes ___ No ___ Sport _____
Parent/Guardian _____ Cell Phone _____
Address _____ Home Phone _____
City _____ Zip _____ Email Address _____
Other Emergency Contact _____ Cell Phone _____
Physician _____ Phone _____ Hospital Preference _____
Insurance Company _____ Policy/Group # _____

I hereby give permission for the coach or other school official to arrange for emergency treatment for the above named student with a physician, EMT, certified athletic trainer or hospital emergency room in the event that I cannot be notified. I understand that the school does not carry insurance for any loss that may be sustained due to injury as a result of athletic participation.



_____ Date _____
Parent/Guardian

The following information may be needed to insure proper responses in certain situations. Please complete accurately.

1. Known allergies and medications:

<u>Allergy</u>	<u>Medications/Dosage Being Taken</u>
_____	_____
_____	_____

2. Other Medications/Dosages Being Taken:

3. Known medical conditions (circle if applicable and add others):

_____ Diabetes _____ Seizure Disorder _____ Asthma
Other _____

4. History of significant old injury (what, where, when?):

5. Date of last tetanus: Month _____ Year _____

Parte E TRANSPORTE ALTERNATIVO PARA LOS ESTUDIANTES QUE NO PERTENECEN AL DISTRITO

**Reconocimiento y Consentimiento del Distrito Escolar de Thompson
Para el Transporte en Vehículos Privados de Estudiante a Eventos
Deportivos y Actividades**

Aunque el Distrito Escolar de Thompson normalmente proporciona transporte en vehicules del distrito a eventos deportivos aprobados, hay ocasiones en las que el padre/madre/tutor del estudiante escoge permitirle al estudiante que el/ella maneje y proporcione su propio transporte. Cuando esto ocurra, el estudiante podrá participar solamente si este formulario de consentimiento se ha completado. El estudiante que maneje al evento solo podrá manejarse a si mismo(a) de la escuela al evento y de regreso.

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____ le da
consentimiento y da permiso de que _____
(Nombre del estudiante) (Grado)
de que se maneje su propio vehículo a _____
(Nombre de la actividad deportiva)

en su propio vehículo a los siguientes distritos escolares con quien competirá nuestro distrito:

- Platte Valley School District*
- Poudre School District*
- St. Vrain Valley School District*
- Weld RE-4 School District (Windsor-Severance)*
- Weld RE5J School District (Johnstown-Milliken)*
- Weld County School District 6 (Greeley-Evans)*

Reconocemos y entendemos que:

1. Esta es una actividad voluntaria y no es mandatorio participar.
2. La actividad se llevará a cabo en otro lugar, no en la escuela a la que asiste el estudiante.
3. **El estudiante solo puede manejarse a si mismo a la actividad y de regreso, de acuerdo a las regulaciones bajo la Ley del Estado de Colorado para los conductores menores de 18 años.**
4. El distrito no tiene seguro de automóvil/responsabilidad para vehículos privados.
5. El padre/madre/tutor y el estudiante asume la responsabilidad mientras este en camino hacia la actividad/deporte y de regreso cuando no está en vehículos del distrito. Nuestro estudiante tiene seguro médico adecuado para cubrir sus heridas, en el evento de un accidente y que el seguro del vehículo no sea suficiente para cubrir los gastos.
6. Nuestro estudiante puede participar en esta actividad con el entendimiento de que aceptamos los riesgos involucrados.
7. Estamos de acuerdo en indemnizar y de liberar de toda responsabilidad al distrito, sus oficiales, empelados, voluntarios y agentes de cualquier pérdida, costo, daño, herida, responsabilidad, reclamo y cualquier otra causa de acción que surja o esté relacionada en la participación de este evento deportivo.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha