

## DISTRITO ESCOLAR DE THOMPSON LISTA PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES

<p>Marcar cada una al ser completada</p>	<p><b>REGRESE EL PAQUETE COMPLETO A LA OFICINA DE ATLETISMO</b></p>	<p>Revisado el 4/22/16</p>
<p>_____</p>	<p><b>PARTE A – PERMISO DE LOS PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEPORTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permiso de los padres para la participación en deportes</li> </ul> <p><i>Leer y completar con los padres/tutores. El permiso debe ser firmado por uno de los padres/tutores.</i></p>	
<p>_____</p>	<p><b>PARTE B – HOJA DE FIRMAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma de reconocimiento del Código de Conducta, Reglas de Entrenamiento y Estándares para la Comunicación</li> <li>• Política en contra de las novatadas de la CHSAA</li> </ul> <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>_____</p>	<p><b>PARTE C – EVALUACIÓN MÉDICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorización del Médico <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La debe completar un médico M.D., D.O., D.C., Spc. o enfermera especializada (<i>nurse practitioner</i>).</li> <li>○ Hacer la cita con anticipación – por lo menos dos meses antes de la temporada del deporte.</li> <li>○ Para ser válido, este examen debe haber sido realizado en los últimos 365 días.</li> </ul> </li> </ul>	
<p>_____</p>	<p><b>PARTE D – TARJETA EN CASO DE LESIONES/EMERGENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información en caso de lesiones o emergencias durante su participación en deportes</li> </ul> <p><i>Debe ser llenada y firmada al principio de cada temporada de participación.</i></p>	
<p>_____</p>	<p><b>CUOTA DE DEPORTES – LAS MANERAS ACEPTADAS DE PAGO SON EFECTIVO, CHEQUE O REVTRAK (pagos en línea)</b></p> <p><u>HIGH SCHOOL</u> Una cuota de \$125 para high school inscrito/\$175 high school no inscrito. Una cuota de \$150 para el equipo de fútbol americano para los que participan por primera vez. Esta cuota 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> \$50 secundaria inscrito/\$70 secundaria no inscrito o \$20 intramuros inscrito/\$30 intramuros no inscrito. 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> <b>La cuota de deportes se debe pagar antes de la autorización para participar.</b> 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. Traiga el paquete completo y el pago (o haga su pago en línea y traiga su recibo) a la oficina de Atletismo.
2. La autorización se concederá después de que TODOS los documentos aquí mencionados y su CUOTA o EXCENCIÓN se hayan enviado.
3. Preséntese con el entrenador con la autorización. No se le permitirá participar hasta que el entrenador tenga la autorización.
4. Se debe pedir la autorización (y debe pagarse la cuota) al principio de cada temporada deportiva en la cual participe el estudiante. (Verifique en la oficina escolar para conocer de las variaciones al procedimiento que sean específicas de su escuela).

# 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.

## PARTE B

## HOJA DE FIRMAS

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:**

### 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 \_\_\_\_\_

**PARTE C**

**MEDICAL**

**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

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 \_\_\_\_\_