

**FORM 7 – ATHLETIC PARTICIPATION FORM**  
**FORMATO 7 – PERMISO PARA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ 20\_\_ - 20\_\_  
 en otoño Año académico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono Particular \_\_\_\_\_

Información del la madre

Información del la padre

Información del la tutor legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre : \_\_\_\_\_ Nombre : \_\_\_\_\_  
 Tfno Trabajo: \_\_\_\_\_ Tfno Trabajo : \_\_\_\_\_ Tfno Trabajo : \_\_\_\_\_  
 Tfno celular: \_\_\_\_\_ Tfno celular : \_\_\_\_\_ Tfno celular : \_\_\_\_\_

**A QUIÉN CORRESPONDA:**

Yo/nosotros, loal padres/tutor legal doy/damos permiso para que mi/nuestor hijo \_\_\_\_\_

Participle en:

**(Por favor, marque, y escribe iniciales y fechas para cada deporte n que participará su hijo en el año académico actual)**

<input type="checkbox"/> Beisbol _____	<input type="checkbox"/> Softball _____	<input type="checkbox"/> Basquetbol _____
<input type="checkbox"/> Voleibol _____	<input type="checkbox"/> Fútbol americano _____	
<input type="checkbox"/> Porristas _____	<input type="checkbox"/> Pista/campo traviesa _____	

En caso de emergencia médica o dental, damos el consentimiento y autorización para cualquier tratamiento que sea necesario, incluyendo tratamiento de un médico o dentista licenciado y el transporte a cualquier hospital razonablemente asequible.

La siguiente información se proporciona para cualquier médico, dentista u hospital no teniendo acceso a los datos de la historia médica de mi hijo/a

Médico de familia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dentista de familia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA DE TÉTANO: \_\_\_\_\_

COMPañIA DE SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_ N° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

COMPañIA DE SEGURO DENTAL: \_\_\_\_\_ N° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL AGENTE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

OTRA INFOMACIÓN PERTINENTE: \_\_\_\_\_

Por favor, indique cualquier situación de las siguientes que aplique a su hijo/a que pueda requerir atención. Si su hijo/a no tiene ninguno, marque "ninguno".

- alergias (si es que sí, liste aquí): \_\_\_\_\_
- enfermedades de sangre
- problemas de corazones creando limitaciones
- diabetes
- alergias serias a alimento
- dificultades serias de la digestión (úlceras, colitis)
- sordera parcial o completo
- alergias a las picaduras de los insectos
- malignidad (leukemia, sarcoma, enfermedad de Hodgkin, etc)
- neurológicos (palsís cerebral, hidrocefalas, etc)
- ortopédicas – problemas severos requiriendo limitaciones (enfermedades de huesos, etc)
- respiratorias – problemas severos requiriendo limitaciones (asma, fibrosis cística, etc)
- trastorno convulsivo (epilepsia, etc) Defina: \_\_\_\_\_
- trastorno del tracto urinario (nefritis, falta riñón, o vejiga)
- ceguera parcial o completa
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Medicamentos que se está tomando: \_\_\_\_\_

Información adicional/instrucciones: \_\_\_\_\_

Tiene un plan de cuidado en la oficina de la escuela (marque si aplica)

Nosotros seremos responsables por todo coste y gasto incurrido en conexión con tratamiento médico o dental pertinente a esta autorización. Además, al ser necesario que mi hijo/a regrese a casa debido a razones de salud, disciplina, o de otro caso, acordamos pagar todo coste del transporte del regreso de nuestro hijo/a.

Finalmente, considerando la participación de nuestro hijo/a en las dichas actividades atléticas, acordamos que el Obispo Católico de Spokane, sus agentes y empleados no tengan ninguna responsabilidad en reclamaciones o demandas relacionadas con daños personales, enfermedades, o muerte, tanto como cualquier daño a propiedad y gastos de cualquier situación que pueda ser incurrido or nosotros o nuestro/a hijo/a mientras él/ella esté participando en dichas actividades (incluyendo en el transporte de ida y vuelta a los eventos), asumiendo toda responsabilidad en cuestión de daños personales, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado de la participación en estas actividades deportivas.

Hemos leído este formulario entero y firmamos de nuestra propia voluntad sabiendo sus términos y condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha