

PERMISO Y FORMULARIO DE SEGURO DEL CONDADO DE GWINNETT

CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

ADVERTENCIA: Aunque la participación en deportes y actividades interescolares supervisados puede que sea una de las que representan menos peligro para los estudiantes dentro o fuera de la escuela, **POR SU NATURALEZA, LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ATLÉTICAS INTERESCOLARES REPRESENTAN UN RIESGO O PUEDEN CAUSAR LESIONES CUYA SEVERIDAD PUEDE VARIAR DESDE MENOR A CATASTRÓFICA A LARGO PLAZO, Y PUEDE INCLUIR PARÁLISIS PERMANENTE DEL CUELLO HACIA ABAJO O MUERTE.** Aún cuando las lesiones serias no son comunes en programas atléticos escolares supervisados, solo es posible minimizar, pero no eliminar el riesgo.

Los participantes pueden y tienen la responsabilidad de ayudar a reducir la posibilidad de lesión. **LOS JUGADORES DEBEN OBEDECER TODAS LAS REGLAS DE SEGURIDAD, REPORTAR TODOS LOS PROBLEMAS FÍSICOS A SUS ENTRENADORES, SEGUIR UN PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO ADECUADO, E INSPECCIONAR SU EQUIPO DIARIAMENTE.**

Al firmar este formulario de permiso, usted reconoce que ha leído y entendido esta advertencia. **LOS PADRES O ESTUDIANTES QUE NO DESEEN ACEPTAR LOS RIESGOS DESCRITOS EN ESTA ADVERTENCIA NO DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO DE PERMISO.**

Yo (nosotros) doy (damos) consentimiento para que _____ :
I (we) hereby give consent for _____ to:

- (1) Compita en actividades atléticas en _____ High School del distrito escolar del condado de Gwinnett en deportes aprobados por la Asociación de Escuelas Superiores/Preparatorias de Georgia (*Georgia High School Association*).
- (2) Acompañe a cualquier equipo escolar al cual pertenezca el estudiante, en cualquiera de sus viajes locales o fuera de la ciudad;
- (3) y, yo por la presente verifico que la información en ambos lados de este formulario es correcta y entiendo que cualquier información falsa puede resultar en que mi hijo/a sea declarado/a inelegible.

El estudiante reside en la dirección arriba indicada localizada en el distrito de _____ High School.
The student is domiciled at the above address located in the _____ High School District.

¿Ha asistido a esta escuela del Condado de Gwinnett por lo menos un año escolar? Sí _____ No _____
Have you attended this Gwinnett County school for at least one full school year?

Vive con (nombre de padres/tutor legal) _____
You live with (name of parent/parents/guardian)

Fecha de nacimiento (*Date of birth*) _____ Teléfono (*Telephone*) _____

Fecha en que comenzó el 9º grado (*Date entered 9th grade*) _____

Su nivel de grado este año escolar (*Your grade level this year*) _____

Este reconocimiento de riesgo y consentimiento para permitir la participación, permanecerá en efecto hasta que se revoque por escrito.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Favor de escribir sus iniciales en una de las siguientes declaraciones concernientes al tipo de seguro que tiene para su hijo/a para el año escolar _____, y luego firme abajo.

Please INITIAL one of the following statements regarding insurance coverage for your son/daughter for the _____ school year, then sign below.

_____ Mi hijo/a tiene seguro adecuado y actualizado de protección en caso de accidentes el cual cubre lesiones sostenidas mientras participa en actividades atléticas interescolásticas (incluyendo, pero no limitadas a fútbol varsity y junior varsity).

My son/daughter is adequately and currently covered by accident insurance that will cover injuries sustained while participating in interscholastic athletics (including, but not limited to, varsity and junior varsity football).

Compañía de seguro: _____

Company providing insurance:

Nombre del asegurado: _____

Name of insured:

Número de póliza: _____

Policy#

_____ Yo deseo comprar el Plan de Beneficio (*Benefit Plan*) que provee el sistema escolar del condado de Gwinnett. (Se debe grapar una copia firmada del Plan de Beneficio a este formulario).

I wish to purchase the Benefit Plan provided by the Gwinnett County School System. (A signed copy of this Benefit Plan should be stapled to this form.)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____

AUTORIZACIÓN

Yo certifico que el historial médico en este formulario es completo y exacto. Yo entiendo que esto servirá como base para determinar si mi hijo/a, _____, puede competir en actividades atléticas de la escuela superior en las escuelas del condado de Gwinnett. Además, entiendo que esta evaluación médica solamente se utiliza para determinar el buen estado físico para actividades atléticas y no para sustituir un examen médico regular. En caso de emergencia o accidente en los terrenos o establecimientos de la escuela o durante cualquier actividad de la escuela que se relacione con mi hijo/a, _____, la cual en la opinión de las autoridades escolares que estén presentes requiera atención médica o quirúrgica inmediata, yo por la presente otorgo permiso a los médicos, médicos de consulta, entrenadores atléticos, técnicos de emergencia médica, y otros proveedores del cuidado de la salud seleccionados por las autoridades escolares para proveer cuidado y tratamiento médico (incluyendo hospitalización si es estimado necesario por las autoridades escolares o un proveedor de cuidado de salud apropiado), a menos que yo esté presente y solicite lo contrario o hasta que yo más tarde solicite lo contrario.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ Fecha _____

Parentesco con el estudiante: Madre _____ Padre _____ Otro _____