

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE KENOSHA
NO. 1 FORMULARIO DE PERMISO DEPORTIVO**

Nombre del estudiante: _____ Nivel de grado _____

Dirección: _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono () _____ Celular () _____

Colegio _____

Compañía de seguros de salud: _____ Número de póliza: _____

Permiso para participar

Por la presente doy mi permiso para que el estudiante mencionado anteriormente practique, compita y represente a la escuela en deportes interescolares regulados por WIAA, excepto cualquier restricción que se indique en la tarjeta de examen físico vigente y actual, completada por un médico con licencia o práctica avanzada, enfermera prescriptora. Esta carta se le entregará a cada estudiante cuando se inscriba para participar en un deporte. Ningún atleta podrá participar hasta que este formulario esté firmado y archivado con el director atlético del edificio. Además, este formulario sirve como notificación del permiso de los padres (tutores) para participar en el deporte de: _____.

**Responsabilidad de devolver todos los uniformes/equipos
proporcionados por la escuela**

Acepto ser financieramente responsable de la devolución segura de todos los uniformes y equipos deportivos que se le entregaron. Entiendo que mi hijo/hija es responsable de cualquier uniforme o equipo que se le asigne específicamente a él/ella, y acepto reembolsar a la escuela el valor real de reemplazo de los uniformes/equipo en caso de pérdida o robo. Entiendo que no reembolsar a KUSD#1 de manera oportuna podría afectar la elegibilidad atlética de mi hijo/hija.

Permiso para transporte y atención médica de emergencia

Además, otorgo permiso para que mi hijo/hija, mencionado anteriormente, en caso de lesión como resultado de la participación atlética, reciba atención/cuidado de emergencia por parte del cuerpo técnico, el preparador físico, el médico del equipo o cualquier otro médico presente, y ser trasladado a un centro médico de emergencia, si es necesario. Entiendo que todos los costos médicos que puedan surgir de dicho transporte y el tratamiento subsiguiente son responsabilidad exclusiva de los padres/tutores, y entiendo que KUSD #1 no asumirá ninguna responsabilidad por el costo de dicho transporte o tratamiento.

Consentimiento informado

Entiendo que pueden ocurrir lesiones como resultado de la participación en deportes. Entiendo que estas lesiones pueden incluir lesiones menores como moretones o abrasiones, distensiones musculares, esguinces o extremidades rotas. Entiendo que es posible que ocurra una lesión catastrófica que deje paralizado a mi hijo/hija, y que la muerte también podría ocurrir como resultado de una lesión catastrófica.

Exención de seguro

Certifico que tengo una cobertura de seguro adecuada para el estudiante mencionado anteriormente para cubrir los gastos médicos en caso de un accidente o lesión relacionada con el atletismo.

Firma

Al firmar este formulario, doy fe de que entiendo y estoy de acuerdo con todas las condiciones establecidas en este formulario y que si no he entendido alguna información, he buscado y recibido una explicación, y soy plenamente consciente de que estoy otorgar permiso para que el estudiante mencionado anteriormente participe en el Programa Atlético KUSD #1.

Firma de Padre/Yutor

Fecha

Firma del Estudiante-Atleta

Fecha