

Escuelas Publicas de Joliet Distrito 86

Departamento Athletico

Atletismo de la escuela secundaria

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Mi hijo/a tiene mi permiso para tomar parte en el programas Athleticos Interescolares (carreras, fútbol, baloncesto, voleibol, luchas) bajo la dirección de las Escuelas Publicas de Joliet Distrito 86.

La escuela tendra cuidado razonable y precausion para prevenir accidents, pero la escuela y/o los entrenadores no se haran responsables si ocuriera algun accidente durante las practicas, juegos o viajes.

Yo, _____ no hare responsable a la escuela y/o al personal
(Firma del Padre/Guardián)

por cualquier herida o cargos medicos.

☐ El estudiante esta asegurado bajo el padre.

☐ El estudiante esta asegurado bajo la
aseguransa de la escuela.

Nombre de la compania de aseguransa o empleador del padre: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Numero de telefono: _____

Para ser llenado por el Padre/Guardián:

La informacion siguiente es importante para su doctor antes de que la examinacion se complete.
Por favor conteste con el major de su conosimiento.

A tenido su hijo/a problemas en el pasado o presente en lo siguiente?

- | | | | |
|--|--------|--------|----------------|
| 1. Corazón (sonido del corazón, corto en respiracion) | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |
| 2. Dolor de Pecho/Mareos | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |
| 3. Diabetis | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |
| 4. Fracturas en la cabeza (conmocion cerebral u otra fractura) | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |
| 5. Ataques/Epilepsia | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |
| 6. Nerviosismo o Desorden Emocional | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |
| 7. Fracturas en los huesos o en los ligamentos
(fracturas, inchazón, deslocaciones) | ___ Si | ___ No | ___ No se sabe |

8. Cirugías ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
9. Dolores de Cabeza ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
10. Otras Molestias/Dolores ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
11. Tos durante o despues de ejercicio ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
12. Asma/Sonido respiratorio ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
13. Alergias (por comida, picaduras de abejas) ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
14. Problemas relacionados con el calor ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
(insolación, calambres por el calor, calambres en los musculos)
15. Usa el estudiante lentes, contactos o algun otro protector ☐ Si ☐ No ☐ No se sabe
Para los ojos

Por favor explique con detalle si respondio “Si” a cualquier pregunta:

Yo aseguro que mis respuestas anteriores estan contestadas en el mayor de mi conosimiento.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____