



EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE LEE
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO SOBRE DEPORTES INTRAMURALES, FORMULARIO PARA
CONSENTIMIENTO Y PERMISO

INFORMACIÓN GENERAL: (Por favor escribir en letra imprenta)

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Escuela: _____ Grado: _____ ID de estudiantil: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

ACTIVIDADES INTRAMURALES:

Reconozco, y doy mi consentimiento y permiso a mi/nuestro hijo/a para que participe en actividades atléticas intramuros.

PARENTAL/GUARDIAN ACKNOWLEDGEMENT, CONSENT & RELEASE OF LIABILITY: (*Este formulario debe ser completado y firmado en el reverso por todos los padres / tutores. Si está divorciado o separado, el padre / tutor con custodia legal debe firmar*). Reconozco que el atletismo intramuros son actividades voluntarias. Yo/Nosotros reconocemos los riesgos involucrados en la participación atlética y elegimos aceptar la responsabilidad de mi/nuestro hijo y bienestar mientras participo en actividades atléticas intramuros. Lo considero físicamente capaz de participar en actividades intramuros. Con plena comprensión de los riesgos involucrados, y en consideración de que la escuela permita que mi / nuestro hijo participe en actividades atléticas intramuros, yo / nosotros liberamos y eximimos al Distrito Escolar del Condado de Lee de cualquier lesión o reclamo resultante de la participación en actividades atléticas intramuros. Además, autorizamos a la escuela a obtener tratamiento médico de emergencia para mi/nuestro hijo en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento mientras mi/nuestro hijo está bajo la supervisión de las actividades atléticas intramuros de la escuela. Además, de conformidad con el Estatuto de Florida §1014.06 (I), yo/nosotros autorizamos específicamente que un profesional de la salud, según se define en F.S. §456.001, o alguien bajo la supervisión directa de un profesional de la salud proporcione servicios de atención médica a mi hijo/pupilo, en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento, mientras mi hijo/pupilo esté bajo la supervisión de la escuela.

AVISO AL TUTOR NATURAL DEL MENOR

LEA ESTE FORMULARIO COMPLETA Y CUIDADOSAMENTE. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN PERMITIR QUE SU HIJO MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ESTÁ DE ACUERDO EN QUE, INCLUSO SI DIPLOMAT MIDDLE SUS AGENTES O EMPLEADOS USEN CUIDO RAZONABLE EN PROVEENDO ESTA ACTIVIDAD, EXISTE UNA POSIBILIDAD QUE SU HIJO/A PUEDE SER SERIAMENTE LASTIMADO O QUE MUERA POR PARTICIAR EN ESTA ACTIVIDAD DEBIDO A QUE CIERTOS PELIGROS INHERENTES QUE NO PUEDEN SER EVITADOS O ELIMINADOS AL FIRMAR DE ESTE DOCUMENTO USTED ESTÁ RENUNCIANDO AL DERECHO DE SU HIJO/A Y SU DERECHO A RECUPERARSE DE DIPLOMAT MIDDLE SUS AGENTES Y EMPLEADOS EN UNA DEMANDA POR CUALQUIER LESION PERSONAL, INCLUYENDO LA MUERTE DE SU HIJO/A DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON UNA PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD USTED TIENE EL DERECHO DE NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO, Y DIPLOMAT MIDDLE TIENE EL DERECHO A NEGARSE A QUE SU HIJO/A PARTICIPE SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO Sección 744.301, Estatutos de Florida

Esta liberación permanecerá vigente durante cualquier período de tiempo que mi/nuestro hijo/a participe en actividades atléticas intramuros en el Distrito Escolar del Condado de Lee.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____

Firma del estudiante: _____ Date: _____

INSURANCE REQUIREMENTS:

Todos los estudiantes deben tener seguro medico para participar en actividades deportivas intramuras. Es responsabilidad del padre/tutor comprar y mantener el seguro medico mientras el estudiante participa en actividades atléticas intramuras. El Distrito Escolar del Condado de Lee no proporciona seguro de salud y no es responsable de las facturas médicas de los estudiantes. Por favor, indique el/los espacio(s) apropiado(s):

_____ My/Nuestro hijo está cubierto por un plan de seguro médico mayor.

Nombre del Seguro : _____ Numero de poliza #: _____

_____ My/Nuestro hijo está cubierto por el seguro de accidentes estudiantiles _____ Plan de 8 horas _____ Plan de 24 horas

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____