

Año alternativo atlético/Nueva página física
Complete la información y el año alternativo o el formulario físico

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido Primero MI

Edad _____ Género _____ Grado _____ Escuela _____ Teléfono _____

Dirección actual _____ Ciudad _____ Código postal _____

Todos los estudiantes que participen en atletismo interescolar deben tener un formulario de año alternativo o un examen físico actual en el archivo de su escuela antes del primer día de práctica.

El examen físico realizado el 1 de abril en adelante es válido para los siguientes dos años escolares; El examen físico realizado antes del 1 de abril es válido solo por el resto de ese año escolar y el siguiente año escolar.

PERMISO DEPORTIVO DE AÑO ALTERNO WIAA Año escolar 20_____ - 20_____

PADRE: Si tiene alguna duda de que este estudiante puede no estar lo suficientemente saludable para la competencia atlética sin, al menos, una reevaluación parcial, comuníquese con su asesor médico antes de firmar. Siempre siga las recomendaciones de su médico de atención primaria cuando decida si debe o no hacerse un nuevo examen físico. La WIAA requiere un nuevo examen físico al menos cada dos años para poder competir. Firmar a continuación indica que mi hijo goza de buena salud física y puede participar plenamente y se ha realizado un examen físico en los últimos dos años escolares que cumple con los requisitos de WIAA.

Fecha del último examen físico: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

PERMISO FÍSICO ATLÉTICO WIAA Año Escolar 20_____ - 20_____

El examen físico realizado el 1 de abril en adelante es válido para los siguientes dos años escolares; El examen físico realizado antes del 1 de abril es válido solo por el resto de ese año escolar y el siguiente año escolar. Si toma un nuevo examen físico, asegúrese de completar un Formulario de historial físico antes de la visita a su médico y pídale a su médico que complete este formulario después de su examen.

__Autorizado sin restricción__ Autorizado, con recomendación de evaluación o tratamiento adicional para: _____

No autorizado para: _____ Todos los deportes _____ Ciertos deportes: _____

Motivo y recomendaciones: _____

Firma del médico con licencia (MD o DO/APNP*): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fecha del examen: _____

PERMISO DEPORTIVO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Esta parte debe completarse todos los años.

1. Por la presente doy mi permiso para que mi estudiante practique, compita y represente a la escuela en deportes interescolares aprobados por WIAA, excepto aquellos restringidos en este formulario.
2. De conformidad con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y las reglamentaciones promulgadas en virtud de la misma (conocidas colectivamente como "HIPAA"), autorizo a los proveedores de atención médica del estudiante nombrado en este formulario, incluido el personal médico de emergencia y otros profesionales capacitados de manera similar que puedan estar asistiendo a un evento o práctica interescolar, a divulgar/intercambiar información médica esencial sobre la lesión y el tratamiento de este estudiante al personal apropiado del distrito escolar, como, entre otros, el director, el director atlético, el entrenador atlético, el equipo médico, entrenador del equipo y/u otros proveedores profesionales de atención médica con fines de tratamiento, atención de emergencia y mantenimiento de registros de lesiones.
3. También doy fe del hecho de que el estudiante nombrado en este formulario no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente grave como para justificar una evaluación médica antes de participar en este año escolar. Yo, el abajo firmante, tengo un seguro adecuado y estoy dispuesto a asumir toda la responsabilidad financiera por todas y cada una de las lesiones sufridas por mi hijo/hija mientras participa, ya sea en una sesión de práctica o una competencia real, en una WIAA o cualquier otro deporte patrocinado en el Distrito Escolar de New Holstein.

Además, a sabiendas y voluntariamente renuncio a todas y cada una de las reclamaciones contra el Distrito Escolar de New Holstein, sus miembros de la junta, los funcionarios, los agentes, los empleados y los voluntarios, y los libero para siempre de todas y cada una de las lesiones sufridas por mi hijo/hija mientras participaba, ya sea en una sesión de práctica o en una competencia real, en una WIAA o en cualquier otro deporte patrocinado en el Distrito Escolar de New Holstein.

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____
Nombre del padre/madre/tutor legal en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Código de Conducta Co-Curricular del Distrito Escolar de New Holstein

Esta parte debe completarse todos los años.

Hemos asistido a la Reunión del Código de Actividades Co-Curriculares obligatoria presentada por el Distrito Escolar de New Holstein. Hemos escuchado la explicación del Código y leeremos el Código que se nos presente. Como estudiante que participa en actividades cocurriculares en el Distrito Escolar de New Holstein, acepto seguir las reglas enumeradas y acepto la acción disciplinaria establecida en el Código. Como padre(s)/tutor(es) de un estudiante que participa en actividades extracurriculares en el Distrito Escolar de New Holstein, aceptamos hacer cumplir este Código con nuestro hijo/hija. Todas las reglas entrarán en vigencia desde el día en que el participante firma el código cocurricular hasta el último día en que el participante participe en actividades cocurriculares. Todas las regulaciones están vigentes los 12 meses del año.

Nombre del estudiante impreso: _____ Calificación: _____
Firma del alumno: _____ Fecha: _____
Firma del padre/tutor legal _____ Fecha: _____

Información de elegibilidad atlética de la escuela secundaria de la Asociación Atlética Interescolar de Wisconsin - Reglas de elegibilidad para padres y atletas

Certifico que he leído, comprendo y acepto cumplir con toda la información contenida en el Boletín de elegibilidad atlética de WIAA (contenido en el Código cocurricular). Además, certifico que si no he entendido alguna información contenida en ese documento, he buscado y recibido una explicación de la información antes de firmar esta declaración.

Firma del alumno: _____ Fecha: _____
Firma del padre/tutor legal _____ Fecha: _____