



# Escuelas del Condado de Pasco

Kurt S. Browning, Superintendente de Escuelas  
7227 Land O'Lakes Boulevard • Land O'Lakes, Florida 34638

**ESTA VERSIÓN EN ESPAÑOL ES PARA REFERENCIA SOLAMENTE – FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO EN INGLÉS**

## FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN EN ATLETISMO

FAVOR DE IMPRIMIR CLARAMENTE:

NIVEL DE GRADO/AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

*Nombre del estudiante (como aparece en el certificado de nacimiento):*

**APELLIDO** \_\_\_\_\_ **NOMBRE** \_\_\_\_\_ **2<sup>do</sup> NOMBRE** \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN-ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA (CON CÓDIGO DE ÁREA) \_\_\_\_\_ FECHA-NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ÚLTIMA ESCUELA A QUE ASISTIÓ/AÑO \_\_\_\_\_

PADRE/ENCARGADO \_\_\_\_\_

CALLE/P.O. BOX \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO \_\_\_\_\_ MIEMBRO # \_\_\_\_\_

¿Es la compañía de seguro mencionada arriba una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO)? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

La participación en atletismo competitivo puede provocar lesiones graves, incluida la parálisis o la muerte. Las mejoras en el equipo, el tratamiento médico y el acondicionamiento físico, así como los cambios en las reglas, han reducido estos riesgos, pero es imposible eliminar totalmente estos acontecimientos durante actividades de atletismo.

**DECLARACIÓN DE LOS PADRES:** El padre(s)/tutor(es) suscrito(s) da su consentimiento para que el atleta identificado en este documento viaje con el equipo como miembro en sus viajes. Yo/nosotros, el(los) padre(s) o tutor(es) del estudiante (o estudiante adulto) arriba mencionado, por la presente damos nuestro consentimiento para la divulgación de registros/datos educativos confidenciales que incluyen, pero no se limitan a: nombre del estudiante, fecha de nacimiento, asistencia, calificaciones y cualquier otra información confidencial del estudiante que sea necesaria para determinar la elegibilidad para participar en actividades reguladas por FHSAA a FHSAA y su proveedor de servicios C2C Schools, Inc. La información se utilizará únicamente con el fin de determinar y reportar elegibilidad para participar en atletismo. Además, autorizamos la publicación de las transcripciones del estudiante por parte de FHSAA y/o C2C a los colegios/universidades o sus representantes para fines de reclutamiento con respecto a los mencionados anteriormente o a la Junta Escolar del Distrito del Condado de Pasco, Florida y sus escuelas constituyentes. No se autoriza ninguna otra re-divulgación de los registros/fechas provistas bajo este consentimiento.

**SEGURO:** La Junta Escolar del Distrito del Condado de Pasco solo brinda cobertura de seguro atlético para estudiantes de escuela superior, pero esto NO ES una garantía de pago por servicios médicos. Puede enfrentar ciertos gastos de desembolso en caso que su hijo o hija reciba tratamiento por lesiones accidentales.

**CERTIFICADO DE NACIMIENTO:** Cada atleta DEBE presentar al director o entrenador de deportes una copia certificada de un certificado de nacimiento válido. La copia será devuelta.

EN CASO DE UNA LESIÓN Y QUE NO PODAMOS COMUNICARNOS CON USTED, ¿LE DA SU PERMISO A SU ENTRENADOR PARA QUE PROCUREE TRATAMIENTO MÉDICO PARA SU HIJO? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Estado de Florida

CONDADO DE \_\_\_\_\_ El instrumento anterior fue reconocido ante mí este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente o que produjo \_\_\_\_\_ como identificación.

Firma del notario \_\_\_\_\_

SELLO DEL NOTARIO Nombre impreso del notario \_\_\_\_\_