



**FEDERAL WAY
PUBLIC SCHOOLS**

Each Scholar: A voice. A dream. A **BRIGHT** future.



**FORMULARIO de autorización de FEDERAL WAY atletismo
INTRAMUROS/primaria de escuelas públicas
Para la escuela _____**

_____ **Hombres _mujeres _**
Último nombre grado nombre

Dirección ciudad estado Zip Email

Por favor permiso de _____ para participar en la programa de actividades intramuros/elemental de la pista. Yo entiendo y reconozco la siguiente información sobre el programa.

1. La escuela es incapaz de proporcionar transporte a menos que lo contrario. Padres se encargará de recoger los estudiantes normalmente iban a la escuela. Estudiantes normalmente a pie de la escuela puede ir a casa andando después de la programa.
2. Para aprovechar al máximo el programa, cada niño debe estar debidamente equipada con ropa apropiada para cada uno actividad.
3. Debido a la naturaleza agotadora de algunas de las actividades, cada estudiante debe tener un examen físico. No debe permitir a su hijo a participar en estas actividades si no son físicamente capaces de participar. Consulte su médico.
4. Como existe la posibilidad de accidente, todos los estudiantes es **necesario** tener seguro de accidente. Un programa de seguros se ofrece a través de escuelas públicas federales de manera para los estudiantes que no tienen una política familiar y deseen obtener cobertura (aquellos estudiantes con cobertura familiar pueden comprar este seguro adicional si así lo desean); formularios están disponibles en la escuela oficina.

**ACEPTO TODA LA RESPONSABILIDAD POR EL COSTO DEL TRATAMIENTO DE
CUALQUIER LESIÓN QUE MI HIJO PUEDA SUFRIR DURANTE SU PARTICIPACIÓN EN EL
PROGRAMA DE PISTA INTRAMUROS/ELEMENTAL DEL DISTRITO ESCOLAR.**

Padres firma fecha

SE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA #438 ANTES PRIMERA PRÁCTICA

Para ser completado por el padre o tutor y volvió al coche.

Nombre de estudiante/atleta: _____ M _____ F _____

Grado _____ Estudiante ID # _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Como padre o tutor legal, autorizo el médico del equipo o, en su defecto, un médico calificado para examinar el estudiante mencionado anteriormente; y en caso de lesión para administrar cuidados de emergencia y para cualquier consulta de un especialista, como a un cirujano, él o ella considere necesario para asegurar el adecuado cuidado de cualquier lesión. Transporte se arregla si se considera necesario por escuela o personal de emergencia. Se hará todo lo posible en contacto con el padre o tutor para explicar la naturaleza del problema antes de cualquier tratamiento implicado o transporte.

Persona de contacto de emergencia:

Name: _____ Date: _____

(Por favor Print) Padres o tutor

padres firma

Inicio teléfono: ()_empresa teléfono: () _____

Persona de contacto de emergencia secundaria:

Nombre: _____ teléfono: _____

Familia médico nombre: _____ teléfono: _____

Hospital preferencia: _____

Seguros empresa: _____ política # _____

Historia médica del estudiante

Sí No

1. ___ ___ ¿Es usted alérgico a algún medicamento? Which: _____
2. ___ ___ ¿Toma algún medicamento regularmente? Which: _____
3. ___ ___ ¿Tienes cualquier enfermedades crónicas o recurrentes? Which: _____
4. ___ ___ ¿Has sido hospitalizado? Cuando: _____ razón: _____
5. ___ ___ ¿Ha requerido alguna vez un operación? Cuando _____ razón: _____
6. ___ ___ ¿Alguna vez ha tenido un conmoción cerebral? ¿ Cuando? _ Reason: _____
7. ___ ___ ¿Ha tenido una antitetánica en los últimos 5 años? Fecha de última Shot: _____
8. ___ ___ ¿Usted usa gafas o lentes de contacto? (Círculo)
9. ___ ___ ¿Usa cualquier aparato dental como un puente, plato, tirantes o retenedor? (Círculo)
10. ___ ___ ¿Alguna vez ha tenido asma o respiración dificultades? ¿ Medicamentos: _____
11. ___ ___ tienes cualquier falta de amígdalas o apéndice de los órganos (ojos, riñón, etcetera.)? _____
12. ___ ___ ¿es alérgico a las picaduras de abeja u otras picaduras de insectos? ¿Qué procedimiento debe el personal de la escuela seguir si este debe ocurrir? ¿ _____
13. está tomando actualmente algún medicamento? (Incluyendo: vitaminas, aspirina, etcetera.) ¿Qué? _____