



Forma de Permiso para Pruebas y Acondicionamiento

Temporada: Otoño/ Invierno / Primavera (encierre en un circulo) Nivel: Varsity / JV / Freshman / MS Año: 20_____

Deporte: Soccer / Básquetbol / Futbol de Bandera / Cross Country / Atletismo / Otro: _____

Para participar en las pruebas o en acondicionamiento para deportes competitivos, padres/tutores deben completar este documento (**página 1 y 2**) antes de participar.

(Los entrenadores llenan esta parte)

Fecha(s) de pruebas: _____

(los entrenadores lo llenan)

Hora de Pruebas: _____

(los entrenadores lo llenan)

Ubicación de Pruebas: _____

(los entrenadores lo llenan)

Atuendo para la prueba: Los estudiantes-atletas deben venir preparados con este equipo necesario para

participar: _____

(los entrenadores lo llenan)

Por favor firme y regrese la parte de debajo de esta forma para el (fecha) _____ al entrenador principal. *A los estudiantes sin formas firmadas no se les permitirá participar en acondicionamiento o pruebas.*

Notas adicionales del entrenador:

Sección del Padre:

Doy permiso a mi hijo(a) de participar en _____ pruebas y/o acondicionamiento.

Mi hijo(a) (primer nombre y apellidos) _____, tiene

mi permiso para ir a la prueba de _____ el (día/hora) _____

en (lugar) _____.

Después de cada sesión mi hijo(a) tiene mi permiso para salir del lugar solo(a): Si _____ No _____

Yo recogeré a mi hijo(a) cada día: Si _____ No _____

Nombre del Padre/Tutor (Letra de molde) _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____



**EL Haynes forma de emergencia de Atletismo
 AUTORIZACIÓN PARA DARLE AL NIÑO
 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA

Si mi niño(a), _____ nacido el _____, se enferma o está involucrado en un accidente y no pueden comunicarse conmigo, yo autorizo el siguiente hospital o doctor para darle el tratamiento médico de emergencia necesario.

Hospital: _____

Dirección: _____

Nombre del Doctor: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Yo le doy a, E.L. Haynes Public Charter School, localizada en 3600 Georgia Ave. NW, Washington DC 20010 & 4501 Kansas Ave. NW, Washington, DC 20011, permiso para llevar a mi niño(a) para que reciba tratamiento.

Yo acepto la responsabilidad de cualquier gasto necesario, incurrido en el tratamiento médico que mi niño(a) reciba, que no esté cubierto por lo siguiente:

Compañía de Seguro Médico: _____

Nombre del Asegurado _____ Relación con el niño(a) _____

Número de Póliza de Seguro: _____ Cobertura _____

Número de Medicaid: _____ Estado: _____ DC _____ MD _____ VA

Alergias o condiciones físicas conocidas del niño(a): _____

Firma: _____ Relación con el niño (a) _____

Dirección _____

Número de Teléfono: _____

Casa Trabajo Celular

Firma _____ Fecha _____