

EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE LEE

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO, CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE ATLETISMO INTRAMURAL

**Información General (Por favor, Escriba en letra de Imprenta)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Gado: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES ATLÉTICAS INTRAMURALES:**

Estoy en conocimiento, doy mi consentimiento y autorizo a mi / nuestro hijo a participar en Atletismo Intramural.

**RECONOCIMIENTO, CONSENTIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DEL PADRE / TUTOR:**

*(Este formulario debe ser llenado y firmado al dorso por todos los padres / tutores. Si está divorciado o separado, el padre / tutor que tiene la custodia legal debe firmar).*

Conozco / conocemos que el atletismo intramural es una actividad voluntaria. Yo / nosotros conocemos los riesgos involucrados en la participación atlética y elijo/elegimos aceptar la responsabilidad por la seguridad y el bienestar de mi / nuestro hijo mientras participa en actividades atléticas intramurales. Considero / consideramos que el/ella esta físicamente capacitada para participar en actividades intramurales. Con pleno conocimiento de los riesgos que esto involucra, y en consideración de que la escuela permita que mi / nuestro hijo/a participe en actividades deportivas intramurales; Yo /nosotros eximimos de responsabilidad al Distrito Escolar del Condado de Lee por cualquier lesión o reclamo que resulte como consecuencia de haber participado en actividades deportivas intramurales. Yo / nosotros autorizamos además a la escuela, a que busque tratamiento médico de emergencia para mi / nuestro hijo/a en caso de que surja la necesidad de dicho tratamiento mientras mi / nuestro hijo está bajo la supervisión de las actividades deportivas internas/intramurales de la escuela.

**AVISO AL TUTOR NATURAL DEL MENOR**

LEA ESTE FORMULARIO TOTALMENTE Y DETENIDAMENTE. USTED ACEPTA DEJAR QUE SU HIJO

MENOR PARTICIPE EN UNA ACTIVIDAD POTENCIALMENTE PELIGROSA. USTED ACEPTA QUE, INCLUSO

SI \_\_\_\_\_ (*nombre de la escuela*), SUS AGENTES Y

EMPLEADOS PROVEAN EL CUIDADO ADECUADO MIENTRAS DURA ESTA ACTIVIDAD, EN QUE EXISTE

LA POSIBILIDAD DE QUE SU HIJO PUEDA SER GRAVEMENTE HERIDO, O MORIR AL PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD PORQUE EXISTEN CIERTOS PELIGROS INHERENTES A LA ACTIVIDAD QUE NO SE PUEDEN EVITAR NI ELIMINAR. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO USTED CEDE EL DERECHO DE SU HIJO Y SU DERECHO A UNA INDEMNIZACION DE \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela) SUS AGENTES Y EMPLEADOS EN CASO DE UNA DEMANDA POR CUALQUIER LESIÓN PERSONAL DE SU HIJO, INCLUYENDO LA MUERTE, O CUALQUIER DAÑO A LA PROPIEDAD QUE RESULTE DE LOS RIESGOS QUE SON PARTE NATURAL DE LA ACTIVIDAD. USTED TIENE DERECHO A NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO Y ( \_\_\_\_\_ (nombre de la escuela) TIENE DERECHO A NEGARSE A QUE SU HIJO PARTICIPE SI USTED NO FIRMA ESTE FORMULARIO. Sección 744.301, Estatutos de La Florida

Este descargo de responsabilidad permanecerá vigente durante cualquier período de tiempo que mi / nuestro hijo participe en actividades deportivas intramurales en el Distrito Escolar del Condado de Lee.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE SEGURO:**

Todos los estudiantes deben tener un seguro para participar en actividades deportivas intramurales.

Es responsabilidad del padre / tutor comprar y mantener un seguro mientras el estudiante participe en actividades deportivas intramurales. El Distrito Escolar del Condado de Lee no proporciona seguro médico y no es responsable de las facturas médicas de los estudiantes.

Marque los espacios que correspondas:

\_\_\_\_\_ Mi / Nuestro hijo está cubierto por un plan de seguro médico importante.

Póliza de la compañía #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi / Nuestro hijo está cubierto por un seguro de accidentes para estudiantes \_\_\_\_\_ Plan de 8 horas \_\_\_\_\_ Plan de 24 horas

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

