



Arickaree / Woodlin Sports Coop

Formulario de autorización de emergencia

Año escolar: _____ Grado: _____ Deporte / Actividad: _____

Nombre del estudiante atleta: _____
Apellidos, Nombre, inicial del segundo nombre

Sexo: M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Teléfono de casa: (_____)
(circule uno)

Dirección: _____
Dirección Ciudad Código postal

Nombre de la madre / tutor: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Otro número: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Otro número: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

Información del

seguro Nombre de la compañía de seguros: _____ N. ° de póliza: _____

Nombre del asegurado: _____ N. ° de teléfono: _____

Historial médico

Alergias: Sí No **Alergias a medicamentos:** Sí No **Asma:** Sí No
Lentes de contacto / anteojos: Sí No **Diabetes:** Sí No **Epilepsia:** Sí No
Problemas cardíacos: Sí No

Por favor, explique una respuesta afirmativa y enumere todas las alergias a medicamentos y / o medicamentos que toma con regularidad.

En caso de que los padres / tutores del estudiante mencionado anteriormente no puedan ser contactados, por la presente acepto los servicios de emergencia del médico del equipo y el preparador físico y por la presente autorizo al preparador físico, entrenador y otros funcionarios de la escuela a firmar los documentos que puedan estar obligado a obtener la atención médica inmediata necesaria para el bienestar y la seguridad de dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y salvar a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital de cualquier reclamo de cualquier persona a causa de dicho cuidado y tratamiento de dicho estudiante.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del padre o tutor

Fecha