

**Las escuelas del Condado de Carroll**  
Consentimiento de los Padres/Lanzamiento Atletismo

Nombre: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_ F: \_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardia \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente de la anterior \_\_\_\_\_

célular de Madre \_\_\_\_\_ Célular de Padre \_\_\_\_\_

Número del trabajo de Madre \_\_\_\_\_ Número del trabajo de Padre \_\_\_\_\_

Persona además de Padres/Guardia para ponerse en contacto en caso de emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del médico del Estudiante \_\_\_\_\_ Número de oficina \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Si el estudiante no es cubierto por un plan de seguros válido, el padre o el guarda debe leer y firmar la declaración abajo:

**Verifico que mi hijo no es cubierto según un plan de seguros, entiendo el riesgo y todavía prefiero que a mi hijo le permiten participar. También consiento en no sostener la escuela o a cualquiera que actúa de su parte responsable de cualquier herida que ocurre a mi hijo en el curso apropiado de tales actividades atléticas o viajes.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**ADVERTENCIA:** Aunque la participación en atletismo interescolar supervisado puede ser una de las menos peligrosas en las que los estudiantes participarán en o fuera de la escuela, por su participación de la naturaleza en atletismo interescolar incluye un riesgo de herida, la cual puede variar en severidad de menores a largo término catastrófico. Aunque heridas graves no son comunes en programas atléticos escolares supervisados, es posible sólo minimizar, no eliminar, el riesgo.

Los participantes tienen la responsabilidad de ayudar a reducir el riesgo de herida. **Los jugadores deben obedecer todas las reglas de seguridad, relatar todos los problemas físicos a sus entrenadores, seguir los programas de acondicionamiento apropiados e inspeccionar su equipo diariamente.**

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y entendido esta advertencia. **Los padres o estudiantes que no deseen aceptar los riesgos descritos en este aviso no deben firmar este formulario.**

Yo (nosotros) por este medio doy/damos consentimiento para \_\_\_\_\_ que

(1) Compita en el atletismo interescolástico en deportes de Georgia High School Association (GHSA), **excepto los TACHADOS abajo:**

Béisbol	Cross Country	Fútbol	Pista y Campo
Baloncesto	Fútbol Americano	Softbol	Voleibol
Cheerleading	Golf	Tenis	Lucha Libre

**Por favor inicial cada una de las siguientes declaraciones para mostrar las declaraciones se han leído, entendido y aprobado.**

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija representar a su escuela en actividades aprobadas except los excluidos por el médico.

\_\_\_\_\_ Le concedo permiso para que mi hijo/a acompañar a cualquier equipo escolar de que él/ella es un miembro fuera de la ciudad. El deportista será transportado/a a y de todos los eventos de la escuela en los vehículos aprobados. Los padres que deseen que sus hijos regresen con ellos de un evento debe hacer los arreglos con el entrenador.

\_\_\_\_\_ En el caso de una emergencia que requiere atención médica, espero que cada intento razonable de ser hecho para que se ponga en contacto conmigo. En el caso de que no se puede, me conceda permiso para cualquier tratamiento inmediato considerado necesario por el médico y la transferencia de mi hijo a un hospital calificado. Esta autorización no cubre cirugía mayor a menos decretado antes de la cirugía por dos médicos licenciados o dentistas. Libero de responsabilidad la Junta de Educación del Condado de Carroll y los administradores escolares o responsables ejerciendo autoridad responsable. Yo me encargaro de los cargos de hospital o médico realizados durante el ejercicio de la autoridad.

\_\_\_\_\_ Me comprometo a no sostener la escuela o cualquier persona que actúe en su nombre responsable de cualquier herida que ocurre a mi niño en el curso correcto de tales actividades atléticas o viajes.

\_\_\_\_\_ Reconozco que las actividades escolares organizada implica la posibilidad de heridas que se heredan en todos los deportes. Reconozco que incluso con el mejor entrenamiento, uso de equipos de protección avanzados y observancia estricta de las reglas, las heridas siguen siendo una posibilidad. En raras ocasiones, estos pueden ser tan graves como para causar incapacidad total, parálisis e incluso la muerte.

\_\_\_\_\_ Autorizo las escuelas del Condado de Carroll a divulgar información personal y escolar sobre mí a instituciones educativas interesadas o ramas de las fuerzas armadas.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante Atleta