

**DISTRITO ESCOLAR DE ARCADIA****FORMULARIO DE EMERGENCIA ATLÉTICA**

Nombre del Atleta		Fecha de Nacimiento	Grado
Nombre de Padres/Guardian			
Direccion			
Numero de Telefono	1		
Numero de Celular	2		
Compañía de Aseguranza		Numero de Aseguranza	
<p>Este seguro de accidentes es suficiente y me permite asumir la plena responsabilidad financiera por todas y cada una de las lesiones sufridas por mi hijo/a mientras participa en los programas atléticos bajo la dirección del Distrito Escolar de Arcadia. Usted debe tener una copia de su tarjeta de seguro actual en el archivo en la oficina de actividades. _____ Inicial si su tarjeta de seguro actual ya está archivada en la oficina de actividades del año pasado.</p> <p>Si su póliza cambia durante el año escolar, debe notificar a la Oficina de Actividades con la nueva información de seguro o prueba de que se compró el seguro suplementario de la escuela.</p>			
Hospital/Clinica	Nombre	Telefono	
Dentista	Nombre	Telefono	
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>			
Nombre		Relacion	
Direccion			
Numero de Telefono		Numero de Celular	
Nombre		Relacion	
Direccion			
Numero de Telefono		Numero de Celular	
<b>CONDICIONES MEDICAS-Incluyendo Alergias</b>			
<b>MEDICAMENTOS</b>			
(Formulario de Medicación Escolar requerido - comuníquese con la enfermera de la escuela)			
En caso de que no se pueda contactar al padre o persona de contacto de emergencia por teléfono Autorizo al <b>Distrito Escolar de Arcadia</b> a usar discreción y buscar atención médica / transporte.			
Firma de Padre/Guardian			Fecha