



Athletic Participation Consent

1/2

Student Name:		Grade:
Home Address:		Zip Code:
Parent(s) Guardian(s) Names:		
Home phone:	Mother's Work No.:	Cell:
Sport:	Father's Work No.:	Cell:
Email address:		
Emergency Contact Name:		Phone:
Preferred Hospital:	Doctor:	Phone:
Dentist:	Phone:	
Drug Allergies:	Other Allergies:	
Other Health Concerns:		

WARNING REGARDING ATHLETIC PARTICIPATION

I give permission for my child to participate in organized extracurricular athletics, realizing that such activity involves the potential for injury, which is inherent to all sports. I acknowledge that even with the best coaching, use of the most advanced protective equipment and strictest observance of rules, injuries are still a possibility. On rare occasions these injuries can be so severe as to result in total disability, quadriplegia or even death.

Parent/Guardian Signature

PARENT/GUARDIAN EMERGENCY CONSENT

I give my consent that in the event of an emergency where I cannot be contacted, my child may be taken to a hospital emergency room (any expense for emergency transportation and /or treatment shall be the responsibility of the parent or legal guardian).

Parent/Guardian Signature

RESPONSIBILITIES FOR UNIFORM / EQUIPMENT RETURN

I agree to be responsible for the safe return of all athletic and/or activity uniforms and equipment issued by the school to the above named student.

Parent/Guardian Signature



TRAVEL CONSENT

2/2

I give permission for my child to ride the Alhambra Elementary School Bus, to and from, school and district sponsored extracurricular events.

Parent/Guardian Signature

STATEMENT OF MEDICAL INSURANCE

I verify that my child will be covered by my medical insurance policy which includes coverage of an injury in a school supervised game or activity.

Parent/Guardian Signature

Company providing Insurance: _____

Effective Date: _____

Phone: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

For Office Use Only

Date of Physical: _____

Sport: _____

Alhambra School District Photo/Publication Release

Photographs, videotapes, interviews, essays, artwork, or other educational information may be used in district publications such as newsletters, brochures, and on the district's/school's website, and/or social media sites like Facebook, Twitter, YouTube, etc. Additionally, local news media regularly cover Alhambra District events where students are present.

_____ I give permission for my child to be photographed and/or filmed by the district or news media for the purpose of informing the public of programs provided by schools. This could include information such as name, date/place of birth, grade, awards, honors, and participation in school activities, or other educational information. I also give permission for this information to be posted on the district's/school's website, and/or social media sites like Facebook, Twitter, YouTube, etc.

_____ I do not give permission for my child to be photographed and/or filmed by the district or news media, nor do I give permission for photos or other educational information on my child to appear on the district's/school's website, and/or social media sites like Facebook, Twitter, YouTube, etc.

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____



Insurance

The Alhambra Elementary School District requires the parents of all students participating in an athletic program involving competition to have insurance in the event of accidental injury. Please fill out the appropriate portion of this form indicating the type of coverage that you have for your child.

Name of Student _____ Date of Birth _____
First Last

Check and complete one of the following:

_____ Personal Health and Accident Policy

Name/Title of Company

Address

Policy Number

_____ Covered by Other Means (please explain)

I hereby absolve and hold harmless the Alhambra Elementary School District of all financial responsibilities incurred as a result of accidental injury during practice or competition in athletic events. **THIS FORM IS TO BE COMPLETED BEFORE THE STUDENT IS ALLOWED TO PARTICIPATE IN EITHER PRACTICE OR COMPETITION.**

Parent/Guardian Printed Name

Relation to the Student

Signature of Parent

Date

Sports Physical Information

Name:	Age:	Grade:
Date:	Sport(s):	
Address:	Phone:	
Parent/Guardian:	Phone:	
Emergency Contact:	Phone:	

Medical History

Concussions/Unconsciousness:	No	Yes:
Hospitalizations or Surgeries:	No	Yes:
Bone or Joint Injuries:	No	Yes:
Current Medications:	No	Yes:
Diabetes:	No	Yes:
Neck/Back Injuries:	No	Yes:
Allergies:	No	Yes:
Vaccinations are Current:	No	Yes:
Seizures:	No	Yes:
Asthma:	No	Yes:
Glasses/Contact Lenses:	No	Yes:
Fainting/Dizzy Spells:	No	Yes:

Physical Exam

Height:	Weight:	Blood Pressure:
---------	---------	-----------------

Feature	Result	Comments
General		
Eyes		
Nose		
Dental/Mouth		
Throat		
Ears		
Skin		
Cardiovascular		
Musculoskeletal		
Neurological		
Genitourinary		
Gastrointestinal		
Spinal		
Nutritional Status		
Mental Health		

Additional Comments:

I approve this student's participation in Extracurricular Sports for one (1) year. ☐ Yes ☐ No

Physician: _____ Signature: _____ Date: _____



Consentimiento de Participación Atlética

1/2

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección de Casa: _____ Código Postal: _____

Nombre de Padre(s)/Guardián(es): _____

Teléfono de Casa: _____ Número del trabajo de la Madre: _____ Celular: _____

Deporte: _____ Número del trabajo del Padre: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____ Doctor: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Alergias a Medicamentos: _____ Otras Alergias: _____

Otros Problemas de Salud: _____

ADVERTENCIA SOBRE LA PARTICIPACIÓN ATLÉTICA

Doy permiso para que mi hijo participe en deportivas extracurriculares organizadas, dando cuenta que tal actividad implica la posibilidad de lesiones, que es inherente a todos los deportes. Reconozco que incluso con el mejor entrenamiento, el uso del equipo de protección más avanzado y observancia de reglas estricta, las lesiones siguen siendo una posibilidad. En raras ocasiones estas lesiones pueden ser tan graves que resultan en incapacidad total, tetraplejia o incluso la muerte.

Firma de Padre/Guardián

PADRE/GUARDIÁN CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA

Doy mi consentimiento que en caso de una emergencia en la que no puedo ser contactado, mi hijo(a) puede ser llevado a una sala de urgencias del hospital (gasto para el transporte y/o tratamiento de emergencia será la responsabilidad del padre o guardián).

Firma de Padre/Guardián

RESPONSABILIDADES DE REGRESO DE UNIFORME/EQUIPO

Estoy de acuerdo en ser responsable del regreso seguro de todos los atléticos y/o uniformes de actividad y equipos expedido por la escuela para el estudiante mencionado en este formulario.

Firma de Padre/Guardián

CONSENTIMIENTO DE VIAJE

2/2

Doy permiso a mi hijo(a) a montar el autobús del Distrito Escolar Primaria de Alhambra, para viajar desde y hacia, para eventos extracurriculares de la escuela y patrocinados por el distrito.

Firma de Padre/Guardián

DECLARACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Yo verifico que mi hijo(a) será cubierto por mi póliza de seguro médico que incluye la cobertura de una lesión en un juego o actividad supervisado por la escuela.

Firma de Padre/Guardián

Compañía de Seguro: _____

Fecha Efectiva: _____

Teléfono: _____

Firma de Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

Sólo Para Uso de Oficina.

Fecha de la Física: _____

Deporte: _____

Distrito Escolar Alhambra Autorización para el Uso de Fotografías y Publicaciones

Es posible que en las publicaciones del distrito, tales como boletines informativos, folletos, y el sitio web de Internet, y/o en sitios de medios sociales como Facebook, Twitter, YouTube, etc., se usen fotografías, videos, entrevistas, composiciones, obras de arte y otros tipos de información académica. Además, los medios de comunicación y noticieros locales con regularidad cubren eventos del Distrito Alhambra en los cuales los estudiantes están presentes.

____ Yo doy permiso para que a mi hijo/a sea fotografiado/a y/o filmado/a por el distrito o por los medios de comunicación con el propósito de informar al público sobre programas ofrecidos por las escuelas. Esto podría incluir información como el nombre, la fecha y el lugar de nacimiento, grado, premios, honores, y participación en actividades escolares u otra información académica. También doy permiso para que esta información se publique en el sitio web del distrito/la escuela, y/o en sitios de medios sociales como Facebook, Twitter, YouTube, etc.

____ No doy permiso para que a mi hijo/a sea fotografiado/a y/o filmado/a por el distrito o por los medios de comunicación, así como tampoco doy permiso para que aparezcan fotografías u otra información académica de mi hijo/a en el sitio web del distrito/la escuela, y/o en sitios de medios sociales como Facebook, Twitter, YouTube, etc.

Firma del/la padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____



Insurance

Distrito Escolar Alhambra requiere que los padres de todos los estudiantes que participan en un programa deportivo que implica la competencia de tener un seguro en caso de lesión por accidente. Por favor llene la parte correspondiente de este formulario indicando el tipo de cobertura que usted tiene para su hijo.

Nombre del estudiante _____ Fecha de Birth _____

Marque y complete uno de los siguientes :

_____ Salud personal y Póliza de Accidentes

Nombre / Título de la Compañia

Domicilio

Número de póliza

_____ Cubierto por otros medios (por favor explique)

Por la presente absuelvo y exonero al Distrito Escolar Alhambra de todas las responsabilidades financieras incurridos como resultado de una lesión accidental durante la práctica o la competencia en los eventos deportivos. **ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO ANTES DEL ESTUDIANTE SE PERMITE PARTICIPAR EN CUALQUIERA DE PRÁCTICA O COMPETICIÓN.**

Nombre de Padre(s)/Guardián(es):

Relación con el estudiante

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Sports Physical Information

Name:	Age:	Grade:
Date:	Sport(s):	
Address:	Phone:	
Parent/Guardian:	Phone:	
Emergency Contact:	Phone:	

Medical History

Concussions/Unconsciousness:	No	Yes:
Hospitalizations or Surgeries:	No	Yes:
Bone or Joint Injuries:	No	Yes:
Current Medications:	No	Yes:
Diabetes:	No	Yes:
Neck/Back Injuries:	No	Yes:
Allergies:	No	Yes:
Vaccinations are Current:	No	Yes:
Seizures:	No	Yes:
Asthma:	No	Yes:
Glasses/Contact Lenses:	No	Yes:
Fainting/Dizzy Spells:	No	Yes:

Physical Exam

Height:	Weight:	Blood Pressure:
---------	---------	-----------------

Feature	Result	Comments
General		
Eyes		
Nose		
Dental/Mouth		
Throat		
Ears		
Skin		
Cardiovascular		
Musculoskeletal		
Neurological		
Genitourinary		
Gastrointestinal		
Spinal		
Nutritional Status		
Mental Health		

Additional Comments:

I approve this student's participation in Extracurricular Sports for one (1) year.

☐

Yes

☐

No

Physician: _____ Signature: _____ Date: _____