



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