



Escuelas Públicas de Bellingham

1306 Dupont Street • Bellingham, WA 98225 3118

(360)676-6400 • <https://bellingshamschools.org>

Formulario para Elegibilidad de Participación Atlética

Escuela: _____

Año Escolar 2017 - 2018

Información del Estudiante Atleta

Nombre del Estudiante		Grado		Género	
Número de Estudiante		Fecha Nacimiento		Edad	
Nombre del Padre/Guardián		Teléfono de Casa		Tel. trabajo o celular	
Nombre del Padre/Guardián		Tel. trabajo o celular		Tel. trabajo o celular	
Dirección:			Email del Alumno		
			Email del Padre		

Elegibilidad Atlética

Por favor responda todas las preguntas – De no contestar honestamente puede poner en riesgo la elegibilidad del atleta.

Información Académica

¿El estudiante atleta vive con sus padres/guardianes legales?	Sí o No			
Si no, por favor especifique la relación de las persona con quien vive el estudiante atleta.				
¿ El estudiante vive dentro de los límites del distrito escolar?	Sí o No			
Si el estudiante se inscribió en el distrito escolar en los últimos 12 meses, indique la fecha de inscripción				
¿Hubo alguna condición de inelegibilidad al dejar el anterior distrito escolar?	Sí o No			
Si es sí, por favor explique:				
Indique el ACTUAL estatus del atleta estudiante registrado en el distrito escolar. Por favor circule una.	Estudiante del Distrito de Tiempo Completo	Estudiante Registrado, de educación en casa	Running Start (FT/PT),	Otro
Si es otro* o escogió Escuela Privada, por favor indique con detalle el estatus de inscripción del estudiante atleta.				
SOLO PREPARATORIA: si el estatus de inscripción es "Otro*", "Educación en Casa registrado" o "Running Start (FT o PT)", debe completar el Formulario de Elegibilidad WIAA apropiado y se entrega a la oficina de su escuela.				
A qué escuela asistió el estudiante atleta el último semestre.				

Para ser considerado un atleta elegible para las actividades co-curriculares, el estudiante atleta debe:

- Vivir dentro de los límites de su escuela asignada O tener la firma del Director de Atletas antes de que se le permita probar para cualquier equipo. **Sin excepciones!**
- Debe cumplir con los requisitos del Código de Atletas del Distrito Escolar.
- Debe tener **una tarjeta ASB actual antes de ser considerado elegible para competir** en cualquier competencia inter-escolar.
- Debe contar con cobertura de seguro médico al momento de inscripción.
- Debe estar inscrito como estudiante de tiempo completo.
- Los estudiantes de educación en casa deben contar con la forma Intención de Educación en casa del Distrito aprobada **y** archivada (las formas están disponibles en la oficina del distrito y en la página web).
- Todas las multas debidas a la escuela/distrito deben ser pagadas antes de las pruebas y/o prácticas.
- Deben tener un examen físico valido y reciente y tener una copia en el archivo de la Oficina de Atletas de la escuela.



Escuelas Públicas de Bellingham

1306 Dupont Street • Bellingham, WA 98225 3118

(360)676-6400 • <https://bellingshamschools.org>

Formulario de Conocimiento de Participación en las Actividades

Escuela: _____

Año Escolar 2017 - 2018

Información de Estudiante Atleta

Nombre del Estudiante		Grado		Genero	
Numero de Estudiante		Fecha Nacimiento		Edad	
Nombre del Padre/Guardián		Teléfono de casa		Tel. trabajo o celular	
Nombre del Padre/Guardián		Tel. trabajo o celular		Tel. trabajo o celular	
Dirección			Email del alumno		
			Email del padre		

Padres/Estudiante certificamos haber leído, comprendido y completado los siguientes requisitos antes de participar en las actividades co-curriculares:

Forma de Elegibilidad Atlética

Formatos de Información Médica y Salud

Políticas y Procedimientos del programa co-curricular

Información de concusiones

Información sobre Paro Cardíaco Súbito

Las precauciones, consideraciones y responsabilidades requeridas para la participación en los programas de las Escuelas Públicas de Bellingham.

Mi estudiante y yo comprendemos toda la información provista incluyendo la filosofía, expectativas, elegibilidad de participación, regulaciones generales, código de conducta deportiva. Acciones disciplinarias y requerimientos de la WIAA.

Nombre del Estudiante _____ Firma del Estudiante _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Por éste medio damos nuestro consentimiento para que nuestro hijo(a) participe en las actividades inter-escolares provistas por el Distrito Escolar a no ser que el medico examinador desapruere. También damos nuestro consentimiento para que nuestro estudiante acompañe al equipo en viajes fuera de la ciudad. Hemos leído, comprendido y nos ajustamos al Código Atleta del Distrito Escolar. Esta aplicación para competir en eventos atléticos en el Distrito Escolar ésta echa con el entendimiento de que las reglas de elegibilidad y regulaciones de la asociación del estado no han sido violadas. El programa de competencia atlética es voluntario, es una actividad extra-curricular y su participación puede resultar en lesiones graves incluyendo parálisis o la muerte. No hay suma razonable de supervisión o entrenamiento que elimine completamente el riesgo de posibles lesiones.

Como condición para participar en las actividades atléticas, reconocemos haber leído y comprendido ésta declaración de advertencia.

Nombre del Padre/Guardián _____ Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____



Escuelas Públicas de Bellingham

1306 Dupont Street • Bellingham, WA 98225 3118
(360)676-6400 • <https://bellingshamschools.org>

Formulario de Información Médica y Salud del Atleta

Escuela: _____

Este formulario va con los entrenadores a todos los eventos. Por favor responda lo más completo posible.

Por favor indique los Contactos de Emergencia. Si hubiera algún cambio durante el periodo de entrenamiento, avise a la oficina de la escuela

Año Escolar 2017 - 2018

Información del Estudiante Atleta

Nombre del Estudiante	Grado	Genero
Número del Estudiante	Fecha Nacimiento	Edad
Nombre Padre/Guardián	Tel. Casa	Tel. Trabajo/celular
Nombre Padre/Guardián	Tel. Trabajo/celular	Tel. Trabajo/celular
Dirección	Email del Estudiante	
	Email del Padre	

Información de los Contactos de Emergencia

Por favor haga el esfuerzo de contactar a los padres/guardián(es) primero. Si no se pudo contactar a los padres o guardián(es), por favor trate de contactar a una de las personas en la siguiente lista.

Persona a quien llamar en caso de lesión	
Relación con el Atleta	
Teléfono	
Persona alternativa a quien llamar en caso de lesión del Atleta	
Relación con el Atleta	
Teléfono	
Médico Principal del Atleta	
Teléfono del Médico o Clínica	
Compañía de Seguro Médico	
Numero de Póliza	

Información Médica y de Salud

¿Su estudiante atleta tiene alguna condición o alergia que potencialmente ponga en riesgo su vida? **Sí o No** Si es **Sí**, por favor explique en la siguiente línea.

Lista de Medicamentos que el Atleta toma Actualmente

Lista de Condiciones Médicas del Atleta (Asma, Murmullo de Corazón, Diabetes, etc.)

Lista de Medicamentos a los que el Atleta es Alérgico

Al firmar, yo autorizo que mi hijo (a) reciba la atención medica necesaria incluyendo cirugía que requiere anestesia, estudios de laboratorio y de rayos x durante la emergencia médica del menor antes mencionado en este formulario durante su actual temporada de deporte.

Nombre del Padre/guardián _____	Firma del Padre/guardián _____	Fecha: _____
Nombre del Padre/guardián _____	Firma del Padre/guardián _____	Fecha: _____



Escuelas Públicas de Bellingham

1306 Dupont Street • Bellingham, WA 98225 3118

(360)676-6400 • <https://bellingshamschools.org>

Reconocimiento de Riesgo y Tratamiento Médico

Año Escolar 2017 - 2018

Información del Estudiante Atleta

Si la información del contacto de emergencia cambia, por favor contacte a la oficina de la escuela para actualizar la información.

Nombre del Estudiante		Grado		Genero	
Número del Estudiante		Fecha Nacimiento		Edad	
Nombre del Padre o Guardián		Teléfono de Casa		Tel. Trabajo o Celular	
Nombre del Padre o Guardián		Tel. Trabajo o Celular		Tel. Trabajo o Celular	
Dirección			Email del Padre		

¿Tiene el estudiante atleta un Examen Médico Deportivo <i>actual</i> archivado en la oficina de deportes?	Sí o No
Fecha del último Examen Médico Deportivo si lo sabe	
Si el Examen Médico Deportivo más reciente del estudiante atleta tiene <i>más de 24 meses de antigüedad</i> , por favor haga que el médico (solamente MD, DO, ARNP o PA) complete un Formato de Examen Físico y tráigalo a la oficina de deportes.	

Reconocimiento de Riesgos

Todas las actividades deportivas pueden resultar en posibles lesiones. Los estudiantes que participan en deportes escolares organizados y aprobados tiene menos probabilidades de lesionarse físicamente que los estudiantes involucrados en actividades que no son parte de programa de deportes escolar.

Elementos que reducen la posibilidad de lesiones deportivas en los programas deportivos escolares son instalaciones mejoradas y equipo protector, reglas y políticas gubernamentales, requisitos de seguridad, programas de condicionamiento y entrenadores y supervisores experimentados. Más allá de eso, los atletas pueden reducir sus probabilidades de lesiones obedeciendo todas las reglas de seguridad, siguiendo las instrucciones y procedimientos, reportar todos los problemas físicos y lesiones a los entrenadores e inspeccionando el equipo diariamente. No hay una cantidad razonable de supervisión que pueda eliminar completamente la posibilidad de riesgo de lesión. Nos damos cuenta que existe la posibilidad de que un atleta pueda sufrir lesiones menores y/o severas incluyendo parálisis o muerte como resultado de la participación en las actividades deportivas.

Al firmar, yo verifico haber leído y comprendido el reconocimiento de Riesgos.

Nombre del Estudiante: _____ Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____
 Nombre del Padre/Guardián: _____ Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Al firmar, yo

- Reconozco haber contestado todas las preguntas acertadamente de acuerdo a mi conocimiento.
- Doy mi permiso para que el estudiante antes mencionado participe en las actividades co-curriculares.
- Comprendo que mi hijo(a) puede llegar a practicar en algún lugar fuera del lugar común de practica o competencia con supervisión limitada de parte de los entrenadores experimentados y/o supervisores.

Nombre del Padre/guardián _____ Firma del Padre/guardián _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/guardián _____ Firma del Padre/guardián _____ Fecha: _____