



## THE SCHOOL DISTRICT OF LEE COUNTY

### FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE Y APROBACIÓN DE LOS PADRES PARA ACTIVIDADES ESCOLARES EXTRACURRICULARES

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

Año escolar \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Club \_\_\_\_\_

Yo doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente participe en el club identificado anteriormente.

Yo entiendo que si mi hijo(a) viaja en un automóvil privado de pasajeros que está involucrado en un accidente, él/ella estará cubierto principalmente por lesiones corporales bajo la póliza de automóvil familiar del estudiante, y acepto presentar cualquier factura médica incurrida a nuestra compañía de seguros para su pago.

Además, yo acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la Junta Escolar del Condado de Lee, Florida, sus agentes o empleados por cualquier daño a la propiedad o lesiones personales causadas por mi hijo(a), ya sea individualmente o en concierto con cualquier otra persona o entidad. El pago de cualquier daño que ocurra será responsabilidad exclusiva del niño involucrado y de sus padres o tutores legales.

Asumo toda la responsabilidad por todos y cada uno de los gastos, daños, accidentes, enfermedades, lesiones o gastos médicos de y para nuestra propiedad que resulten de la participación en esta actividad. Doy fe y afirmo que mi hijo(a) no tiene ninguna limitación que deba impedir la participación en la actividad y no he sido aconsejado ni informado por nadie de lo contrario. Además, yo acepto informar a la personal apropiado de la escuela, en caso de que la condición de mi hijo(a) cambie de alguna manera y en cualquier momento para afectar su participación en la actividad aquí mencionada.

Yo entiendo que, si un estudiante falsifica cualquier firma u otra información en este formulario, el estudiante será disciplinado(a) por las reglas Código de Conducta Estudiantil. Por la presente afirmo que he leído todas las secciones de este formulario y que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Nombre del padre/madre/guardián (imprimir) \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiantil \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Casa# \_\_\_\_\_ Móvil# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Casa# \_\_\_\_\_ Móvil# \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Casa# \_\_\_\_\_ Móvil# \_\_\_\_\_

Haga una lista de las condiciones médicas y las necesidades de medicamentos que el estudiante debe tomar \_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier alergia a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos etc. \_\_\_\_\_