Escuelas Públicas de Aurora
1085 Peoria Street
Aurora, CO 80011

PERMISO DE PARTICIPACION PARA ATLETAS

Para el Padre o Tutor Legal,

Favor de proporcionar la siguiente información:

1. Nombre (del estudiante) _____
   Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

2. Dirección (del hogar familiar) _____ _____
   Número Telefónico

3. Doctor de la Familia _____ _____
   Número Telefónico

4. Autorizo a mi hijo, _____, a que participe en el Programa de Deportes de Las Escuelas Públicas De Aurora en los siguientes deportes (favor de circular):
   Preparatoria (High School): Béisbol, Baloncesto, Porrista, Carrera Larga, Fútbol Americano, Golf, Gimnasia, Porrista con Pompón, Fútbol, "Softball", Natación, Tenis, Atletismo de Pista, Voleibol y Lucha.
   Secundaria (Middle School): Baloncesto, Fútbol, Natación, Atletismo de Pista, Voleibol y Lucha.

5. Todo estudiante quien participe en deportes inter-escolares debe tener un plan de seguro médico estudiantil. Cualquiera de los siguientes planes es aprobado y aceptado. Por favor indique la cobertura que recibe su hijo.
   a. El estudiante tiene un plan de seguro médico a través del distrito escolar de las Escuelas Públicas De Aurora. ☐ Si ☐ No
   b. El estudiante tiene un plan de seguro médico a través de _____ .
   c. El estudiante tiene un seguro militar. Por favor incluya el número de identificación _____ .

6. En caso de un accidente o lesión grave, ¿a quién debe de llamar la escuela cuando usted de padre no puede ser localizado? Por favor incluya el nombre y los datos de alguien quien pueda comunicarse con usted y pueda responsabilizarse del estudiante.
   _____
   Nombre Completo Dirección Número Telefónico

7. Comprendo que mi hijo, _____, está a riesgo de alguna posible lesión como
   (nombre completo del estudiante)
   en cualquier otro deporte o actividad física. También reconozco que puede ser tan severo como una fractura, daño cerebral, parálisis o hasta la muerte. Libero y no culpo al distrito escolar de las Escuelas Públicas de Aurora, a sus agentes, empleados y directores, de cualquier y toda responsabilidad por causa de dicha lesión como resultado, directamente o indirectamente, de participar en dichos deportes. Además, reconozco y estoy de acuerdo que el distrito escolar de las Escuelas Públicas de Aurora acepta la defensa proporcionada por la Ley Gubernamental de Colorado sobre la Inmunidad (conocida en inglés como, "Colorado Governmental Immunity Act").

_____ , 20 ____ _____
Fecha en la cual se llenó este formulario **Firma del Padre o Tutor**