

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

Fecha _____ Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno
SCHOOLYEAR 20 _____ - 20 _____ Año Escolar 20 _____ - 20 _____

NOMBRE _____ GRADO _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Dirección Actual _____ Teléfono _____

Sitio de Trabajo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza y Dirección _____

1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA.
2. Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.
3. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
4. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha _____

Todos los estudiantes partisipando en atletismo interescolar deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participacion.

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

Fecha _____ Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno
SCHOOLYEAR 20 _____ - 20 _____ Año Escolar 20 _____ - 20 _____

NOMBRE _____ GRADO _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Dirección Actual _____ Teléfono _____

Sitio de Trabajo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza y Dirección _____

1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA.
2. Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.
3. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
4. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha _____

Todos los estudiantes partisipando en atletismo interescolar deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participacion.

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMITCARD

Fecha _____ Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno
SCHOOLYEAR 20 _____ - 20 _____ Año Escolar 20 _____ - 20 _____

NOMBRE _____ GRADO _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Dirección Actual _____ Teléfono _____

Sitio de Trabajo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza y Dirección _____

1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA.
2. Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.
3. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
4. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha _____

Todos los estudiantes partisipando en atletismo interescolar deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participacion.