North Marion School District
ATHLETIC PARTICIPATION PERMIT

This Athletic Participation form will cover the entire school year

(Please Note: It shall be the responsibility of the parent/guardian to report any changes in your child's medical condition)

ATHLETE LAST NAME:	FIRST NAME:	AGE:	BIRTH DATE:	GRADE:

PLEASE PRINT CLEARLY

PARENT/GUARDIAN INFORMATION:		
Parents/Guardians		
Street/Mailing Address		
City State Zip		
Phone numbers	Home:	Work:
Additional contact info:	Cell:	E-Mail:

IN CASE OF EMERGENCY: IF PARENTS CANNOT BE CONTACTED - NOTIFY:			
Name		Phone	
Name		Phone	
Family Doctor		Phone	
Preferred Hospital		Known Allergies	

SPECIAL MEDICAL NEEDS: IT IS THE RESPONSIBILITY OF THE PARENT/ATHLETE TO INFORM COACHES OF ANY SPECIAL MEDICAL NEEDS (PLEASE SPECIFY BELOW):	
Inhaler, Epi pen, Allergies, Other:	Date of last physical:

☐Yes ☐No I want my son or daughter to have the privilege of participating in athletics at North Marion Middle or High School. While I expect school authorities to exercise reasonable precautions to avoid injury, I understand that they assume no financial obligation for any injury that may occur. I am advised that students are held responsible for all players' equipment owned and issued by the school.

☐Yes ☐No The team coach, physician, and trainer may apply first aid treatment until the family doctor can be contacted.

☐Yes ☐No We give our consent for coaches, trainers, and team physician to use their own judgment in securing medical aid and ambulance service in case the parents cannot be reached.

☐Yes ☐No Will you be applying for Free/Reduced Lunch for the current school year?

PERMISSION: WE GIVE OUR PERMISSION FOR OUR SON/DAUGHTER TO COMPETE IN THE FOLLOWING SPORT(S):		
Season:	**Sport:**	

INSURANCE INFORMATION: ALL ATHLETES MUST BE COVERED BY INSURANCE AND PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:	
☐ Our school insurance forms/payment is attached:	Date
☐ We do not want school insurance and will assume financial risk. Our insurance coverage is with:	
Insurance Company:	Policy Number

We agree/consent to the above information, and we acknowledge that we have received and read the North Marion Middle or High School Parent & Student Athletics and Activities Handbook and agree to abide by its policies.

Parent or Guardian signature _____ Date _____

Student's Signature _____ Date _____

MUST HAVE SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN

Distrito Escolar de North Marion

PERMISO PARA PARTICIPAR EN ATLETISMO

Esta forma de Participación para Atletismo, servirá para todo el año escolar.

(Anotar que: Es la responsabilidad de los padres/guardianes de informar a la escuela sobre cualquier cambio en la condición médica de su estudiante).

Apellido del Atleta:	Primer Nombre:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Grado:

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

INFORMACION DE PADRES/GUARDIANES:		
Padres/Guardianes		
Calle/Dirección Postal		
Ciudad Estado C.P.		
Números de Teléfono	Hogar:	Trabajo:
Información de contacto adicional:	Celular:	Correo Electrónico:

EN CASO DE EMERGENCIA: SI LOS PADRES NO PUEDEN SER CONTACTADOS – NOTIFICAR A:			
Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	
Médico de Familia		Teléfono	
Hospital Preferido		Alergias Conocidas	

NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES: ES LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/ATLETA INFORMAR A LOS ENTRENADORES ACERCA DE NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES. (FAVOR ESPESIFICAR ABAJO):	
Inhalante, Lápiz de Epinefrina, Alergias, Otros:	Fecha de último examen físico:

☐Si ☐No Quiero que mi hijo(a) tenga el privilegio de participar en atletismo en la escuela Secundaria y Preparatoria de North Marion. Mientras tanto yo espero que las autoridades escolares ejerzan las precauciones necesarias para evitar lesiones, entiendo que no asumen ninguna obligación financiera por cualquier daño que pueda ocurrir. Se me ha informado de que los estudiantes son responsables del equipo de todos los jugadores que es prestado y que es propiedad de la escuela.

☐Si ☐No El entrenador del equipo, medico, e instructor pueden administrar tratamiento de primeros auxilios hasta que el médico de familia pueda ser contactado.

☐Si ☐No Damos nuestro consentimiento para que los entrenadores, instructores y el equipo médico para usar su propio juicio en el beneficio de asistencia médica y servicio de ambulancia en caso de que los padres no pueden ser contactados.

☐Si ☐No Va a aplicar para el Almuerzo Gratis/Reducido para el año escolar actual?

PERMISO: DAMOS PERMISO PARA QUE NUESTRO HIJO(A) PARTICIPE EN EL SIGUIENTE DEPORTE(S):		
Temporada:	**Deporte:**	**Escuela: Secundaria/Preparatoria**

INFORMACION DE SEGURO: TODO DEPORTISTA DEBE TENER UNA POLIZA DE SEGUROS Y PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIONAN:	
☐ Nuestras formas escolares/pagos de seguro están ya incluidos:	Fecha:
☐ No deseamos tener seguro escolar y asumiremos cualquier riesgo financiero. Nuestra póliza de seguros esta con: Compañía de Seguros:_____ Numero de Póliza: _____	

Aceptamos y estamos de acuerdo con la información citada anteriormente, y reconocemos que hemos recibido y leído el Manual de Deportes y Actividades para Padres y Estudiantes de la Secundaria y Preparatoria de North Marion y acordamos cumplir con sus políticas.

_____ _____

Firma de Padre o Guardián Fecha

_____ _____

Firma del Estudiante Fecha

DEBE TENER LA FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN