Complete one card per sport **Sport:**

TARJETA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA-ESPAÑOL JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO ORANGE, FLORIDA (Letra de Molde)

Nombre Legal del Atleta: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento del Atleta: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanto: _____

Mi hijo(a) es alérgico a las siguientes medicinas: _____

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

Favor de identificar cualquier lesión seria o enfermedades que su hijo(a) ha tenido: _____

Miembro de familia/Amigo alterno que pueda contactarse en caso de emergencia: _____

Nombre: _____ Números de teléfono: _____

Nombre del Médico de Cuidado Primario: _____ Teléfono: _____

Usted comprende que el seguro ofrecido por las Escuelas Públicas del Condado Orange es una póliza secundaria y pagará sólo después de que haya pagado su seguro personal. Usted también comprende que su hijo(a) sólo está cubierto por el seguro deportivo de OCPS durante la temporada especificada de FHSAA y no durante el tiempo fuera de temporada.
Por favor escriba "ninguno" si no tiene seguro personal para este atleta.
Compañia Primaria de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Dirección de la Compañia de Seguros: _____

Usted comprende que si un padre, encargado o estudiante falsifica cualquier firma o información en la tarjeta para tratamiento médico de emergencia, el estudiante será declarado inelegible para participar en cualquier actividad intererescolar del Condado Orange durante un año calendario completo a partir de la fecha del descubrimiento. Usted adicionalmenté concede su permiso para que el personal apropiado de la escuela y sus asignados ofrezcan tratamiento médico o autorice tratamiento médico por parte de un hospital y/o médico y acepta librar a la Junta Escolar y sus empleados de responsabilidad en la administración de tal asistencia. Por la presente reconozco y certifico que he leído el documento de evaluación deportiva, que comprendo y acepto sus términtos. Estatuto de Florida (92.525) "Bajo pena de perjurio, declaro que he leido lo anterior y que los hechos presentados son verídicos. Acepto estar sujeto a sus términos y he revisado y explicado la notificación a mi hijo(a).

_____ _____ _____
Firma del Padre/Madre/ Encargado Legal Nombre del Padre/Madre/Encargado Legal Fecha

Teléfono(H) _____ Teléfono(O) _____ Otro: _____
Dirección _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

TARJETA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA-ESPAÑOL JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO ORANGE, FLORIDA (Letra de Molde)

Nombre Legal del Atleta: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento del Atleta: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanto: _____

Mi hijo(a) es alérgico a las siguientes medicinas: _____

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

Favor de identificar cualquier lesión seria o enfermedades que su hijo(a) ha tenido: _____

Miembro de familia/Amigo alterno que pueda contactarse en caso de emergencia: _____

Nombre: _____ Números de teléfono: _____

Nombre del Médico de Cuidado Primario: _____ Teléfono: _____

Usted comprende que el seguro ofrecido por las Escuelas Públicas del Condado Orange es una póliza secundaria y pagará sólo después de que haya pagado su seguro personal. Usted también comprende que su hijo(a) sólo está cubierto por el seguro deportivo de OCPS durante la temporada especificada de FHSAA y no durante el tiempo fuera de temporada.
Por favor escriba "ninguno" si no tiene seguro personal para este atleta.
Compañia Primaria de Seguros: _____ Número de Póliza: _____

Dirección de la Compañia de Seguros: _____

Usted comprende que si un padre, encargado o estudiante falsifica cualquier firma o información en la tarjeta para tratamiento médico de emergencia, el estudiante será declarado inelegible para participar en cualquier actividad intererescolar del Condado Orange durante un año calendario completo a partir de la fecha del descubrimiento. Usted adicionalmenté concede su permiso para que el personal apropiado de la escuela y sus asignados ofrezcan tratamiento médico o autorice tratamiento médico por parte de un hospital y/o médico y acepta librar a la Junta Escolar y sus empleados de responsabilidad en la administración de tal asistencia. Por la presente reconozco y certifico que he leído el documento de evaluación deportiva, que comprendo y acepto sus términtos. Estatuto de Florida (92.525) "Bajo pena de perjurio, declaro que he leido lo anterior y que los hechos presentados son verídicos. Acepto estar sujeto a sus términos y he revisado y explicado la notificación a mi hijo(a).

_____ _____ _____
Firma del Padre/Madre/ Encargado Legal Nombre del Padre/Madre/Encargado Legal Fecha

Teléfono(H) _____ Teléfono(O) _____ Otro: _____
Dirección _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____