Rhode Island School for the Deaf - Athletics

ATHLETIC CONSENT FORM 2019-20

I hereby give permission for _____ to participate in
Full name of son/daughter

Please check sports your son/daughter can participate this year.

Please Checks [ ] SOCCER [ ] BASKETBALL [ ] TRACK & FIELD

In giving this consent, I do so with the understanding that RI School for the Deaf assumes no financial liability for any accident or injury to a student which occurs as a result of participation in athletics. I also agree that my son/daughter's participation is contingent upon following all team rules, regulations and guidelines set forth by the coaching staff, athletic director and the RI School for the Deaf.

I understand that to participate, my child must be academically eligible and have had an examination by physician within the last year.

Our school nurse Penny Bailey will contact you if your child's physical needs to be updated

I am enclosing the following information:

If you do not have health insurance, you may purchase school insurance for your child!

_____ _____ _____

Medical Insurance Policy number Expiration date

Contact Penny Bailey at 401-243-1010. Your child must be insured to participate.

I agree to follow the team rules, regulations, guidelines set forth by coaching staff, athletic director and Rhode Island School for the Deaf.

_____ _____

Parent/ Guardian's print name Parent/ Guardian's signature

_____ _____ _____ _____

Home Phone Work Phone Cell Phone E-mail address

I agree to the above stated conditions, I have read the guidelines and I give permission for my son/daughter to participate in the Athletic program.

Rhode Island School for the Deaf – Atletismo

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ACTIVIDADES ATLÉTICAS 2019-20

Autorizo a _____ para participar en
Nombre completo de hijo/hija

Por favor indique los deportes en los que su hijo/hija puede participar este año. Por favor marque:

[ ] FÚTBOL [ ] BALONCESTO [ ] **CORREDOR DE** CAMPO Y PISTA

Otorgo mi autorización bajo el entendimiento de que la *RI School for the Deaf* no asume ninguna responsabilidad financiera por los accidentes o lesiones sufridas de un estudiante debido a su participación en las actividades atléticas. También entiendo que para que mi hijo/hija participe debe seguir las reglas, reglamentos y direcciones del equipo que son establecidas por los entrenadores, director atlético y la *RI School for the Deaf.*

Estoy consciente que, para participar, mi hijo/hija debe tener los requisitos académicos para ser elegible y debe haberse hecho un examen físico/médico en el último año.

Nuestra enfermera escolar, Penny Bailey, se comunicará con usted si necesita actualizar el examen físico de su hijo/hija.

Adjunto la información siguiente:

Si no tiene seguro médico, ¡usted puede comprar el seguro de la escuela para su hijo/hija! Llame a Penny Bailey al 401-243-1010. Su hijo/hija debe estar asegurado para participar.

Acepto seguir las reglas, reglamentos y direciones del equipo establecidas por los entrenadores, director atlético y la *RI School for the Deaf.*

_____ _____ _____

Seguro médico | Número de la póliza | Fecha de expiración

_____ _____

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta | Firma del padre/tutor

_____ _____ _____ _____

Teléfono residencial | Teléfono del trabajo | Celular | E-mail

Acepto las condiciones estipuladas anteriormente, he leído las directivas y autorizo a mi hijo/hija a participar en el programa atlético.