



# Formulario de Elegibilidad de Actividades 2023-2024



El **frente y reverso** de este formulario deben ser completados y devueltos a la oficina de actividades deportivas antes de participar en cualquier actividad co curricular. Todos los formularios deben ser firmados por el Director de Actividades o su designado. Para leer el Manual del Código Co-Curricular del Distrito Escolar de Green Bay, por favor visite el sitio de internet del Distrito o pase por la Oficina de Actividades Deportivas para obtener una copia.

**ACTIVIDADES:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES:** Escuela a la que asistió por última vez: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ # telefónico: \_\_\_\_\_

Padre(s) o apoderado legal(es) que pueden ser contactados durante el día escolar:

Nombre: \_\_\_\_\_ # telefónico: \_\_\_\_\_ # telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # telefónico: \_\_\_\_\_ # telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ # telefónico: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ # telefónico: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Nombre del familiar/vecino que puede contactarse en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
# telefónico: \_\_\_\_\_

**Observaciones especiales** (cualquier información relacionada con la salud de su hijo/a que debamos conocer: alergias, asma, etc.)  
En caso de accidente o enfermedad grave, solicito a la escuela que se ponga en contacto conmigo. Si la escuela no puede comunicarse conmigo, por la presente autorizo a la escuela a llamar al médico, al centro de emergencias del hospital que aparece en esta tarjeta o a paramédicos y a seguir sus instrucciones:

## Reconocimiento del Código de Conducta Co-Curricular de Participantes y de Padres de familia

Por la presente reconozco que he leído el Código de conducta Co-Curricular de Green Bay y entiendo las reglas y sanciones por infracción de las reglas como se establece en el Código. Como estudiante, entiendo que mi participación en una actividad co curricular es un privilegio y, por lo tanto, acepto cumplir con estas reglas y regulaciones. Además, reconozco que, si no he entendido alguna información contenida en este Código, he solicitado y recibido una explicación de la información antes de firmar este formulario.

Se entiende que practicar deportes y/o participar en otras actividades incluyen riesgos inherentes con dicha participación y pueden causar lesiones a cualquier persona que participe en ellos. Debido a estos peligros, reconozco la importancia de seguir las instrucciones de los entrenadores/asosores con respecto a las técnicas de juego, entrenamiento y otras reglas de equipo/actividad y acepto obedecer dichas instrucciones.

Además, el nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. El COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente del contacto de persona a persona. Dicha exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. El Distrito Escolar Público del Área de Green Bay ("GBAPSD") no puede garantizar que usted no se infectará con COVID-19 si prueba para un equipo (s) y/o participa en deportes u otras actividades. Además, la participación podría aumentar el riesgo de contraer COVID-19. Las personas que tienen ciertas condiciones de salud subyacentes tienen un mayor riesgo de contraer COVID-19, lo que debe tenerse en cuenta antes de participar en deportes u otras actividades. Se anima a todas las personas a consultar a su médico antes de determinar si deben hacer la prueba para un equipo (s) y/o participar en actividades

En consideración a que el GBAPSD permite a un estudiante probar para un equipo (s) y/o participar en actividades, por la presente asumo todos los riesgos asociados con la participación y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión (incluyendo, pero no limitado a, lesiones personales, discapacidad, muerte, enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto) de cualquier tipo, incluida la contratación de COVID-19, y acepto mantener a GBAPSD indemne de cualquier y toda responsabilidad, reclamos y costos que puedan surgir en relación con la participación en deportes y otras actividades. Elijo voluntariamente participar a pesar de todos y cada uno de los riesgos inherentes.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia/apoderado legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento y acuerdo de Conmoción Cerebral y Paro Cardíaco Repentino

Como padre de familia y como atleta, es importante reconocer los malestares, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales y de los paros cardíacos repentinos. Al firmar este formulario, usted está afirmando que usted ha leído las hojas informativas de la Conmociones Cerebrales y Lesiones en la Cabeza del Departamento de Instrucción Pública (DPI) y de la Asociación Inter escolástica Atlética de Wisconsin (WIAA) y la hoja informativa de Paros Cardíacos Repentinos que está en el Manual de Actividades Curriculares del distrito GBAPS

### Acuerdo del atleta:

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la hoja informativa sobre Conmociones Cerebrales y Lesiones en la Cabeza de las Escuelas Públicas del Área de Green Bay. He tenido la oportunidad de leer más información sobre las conmociones cerebrales en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. Entiendo la importancia de informar una sospecha de conmoción cerebral a mis entrenadores y mis padres/apoderados legales.

Entiendo que se me debe retirar de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral. Entiendo que debo ser evaluado por un proveedor de atención médica apropiado y proporcionarle a mi entrenador una autorización por escrito para participar en la actividad del proveedor de atención médica antes de que pueda volver a practicar/jugar.

Entiendo que después de una lesión en la cabeza, mi cerebro necesita tiempo para curarse y que es posible que no se cure correctamente si vuelvo a practicar/jugar demasiado pronto.

He leído la hoja de información sobre el paro cardíaco repentino. Entiendo que debo detener la actividad/ejercicio inmediatamente si tengo algún síntoma de advertencia de un paro cardíaco repentino e informar los síntomas a mis entrenadores y mis padres/apoderados legales.

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Acuerdo de los Padres:

Yo, \_\_\_\_\_ he leído la hoja de información sobre Conmociones Cerebrales y Lesiones en la cabeza del DPI. He tenido la oportunidad de leer más información sobre las conmociones cerebrales en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. También entiendo los signos, síntomas y comportamientos comunes. Acepto que mi hijo debe ser retirado de la práctica/juego si se sospecha una conmoción cerebral.

Entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me informa una sospecha de conmoción cerebral. Entiendo que mi hijo no puede volver a practicar/jugar hasta que sea evaluado por un proveedor de atención médica apropiado y proporcione una autorización por escrito del proveedor de atención médica a su entrenador.

Entiendo que las conmociones cerebrales pueden tener un efecto grave en un cerebro joven en desarrollo y deben abordarse correctamente.

He leído la hoja informativa sobre el paro cardíaco repentino. Entiendo que mi hijo debe dejar de hacer actividad/ejercicio inmediatamente si tiene alguna señal de advertencia de un paro cardíaco repentino. Entiendo que se recomienda que si mi hijo tiene algún signo de advertencia de un paro cardíaco repentino mientras hace ejercicio, se someta a un examen médico antes de hacer ejercicio o volver a participar en su deporte. Entiendo que mi hijo o yo debemos informar los antecedentes familiares de problemas cardíacos o las señales de advertencia de un paro cardíaco repentino al proveedor de atención médica que realiza el examen médico.

Entiendo cómo solicitar a mi costo la administración de un electrocardiograma, además de un examen físico integral requerido para participar en una actividad deportiva juvenil. Entiendo que el director deportivo puede ayudarme.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres de familia/apoderado legales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Director de Actividades

\_\_\_\_\_  
Fecha