

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA PARA EXÁMENES FÍSICOS MASIVOS EN IRVING ISD (2024)

(NOMBRE DEL ESTUDIANTE)

NUMERO DE IDENTIFICACION
DEL ESTUDIANTE

GRADO EN
EL AÑO ESCOLAR
2024-2025

DEPORTE

Estimado padre/madre/tutor:

Todos los estudiantes atletas de Crockett Middle School ara el año escolar 2024-2025 pueden recibir un examen físico en el lugar, fecha y hora abajo. Para recibir un chequeo físico esta forma debe ser firmada para dar su consentimiento, el formulario de excursión del distrito debe estar firmado y la porción de Historial Médico debe ser completada y firmada, y ambas formas devueltas antes de Monday April 22nd. Si usted tiene alguna pregunta por favor póngase en contacto con Cassie Shoultz, IISD Coordinadora de Medicina Deportiva en 972-600-5866 o cshoultz@irvingisd.net.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Para el examen físico y el historial médico

Como requisito mínimo para la participación, los estudiantes que deseen participar en competencias deportivas patrocinadas por la UIL deben someterse a un examen físico ANTES de la práctica o competencia. Los padres/tutores de tales estudiantes deben proporcionar el historial médico relevante del hijo(a). Estos exámenes físicos deben ser realizados por profesionales médicos con licencia de parte de la División de Medicina Deportiva de Irving ISD.

Ellis Davis Field House, Dallas, TX

ESTUDIANTES ATLETAS PARA EL PERIODO 2024-2025

Mayo 3, 2024

11am-1pm

En consecuencia, yo _____, como padre/madre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento y autorizo el examen físico de mi hijo(a) con el propósito de que participe en los deportes de la UIL. También aseguro que toda la información del historial médico es una representación exacta y verdadera de la información de salud de mi hijo(a).

(FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR)

(FECHA)

En consecuencia, yo _____, como el estudiante atleta arriba mencionado, aseguro que toda la información del Historial Médico es una representación exacta y verdadera de mi información de salud.

(FIRMA DEL ESTUDIANTE ATLETA)

(FECHA)