

Información del seguro y contacto de emergencia del estudiante VUSD

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Grado _____

Fecha de cumpleaños _____ Escuela de asistencia _____

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Médico de la familia _____ Número de teléfono _____

Condiciones de salud o alergias / información sobre recetas necesarias

Nombre(s) del padre(s) o tutor(es) _____ Teléfono celular _____

Número de casa _____ Número de trabajo _____

Otro contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

El Código de Educación N° 32221 del estado de California requiere que cada miembro de un equipo deportivo tenga protección del seguro médico y de gastos de hospital resultantes de lesiones corporales accidentales por un monto de por lo menos \$1500 por grupo, cobertura o pólizas individuales de seguro de accidentes de los aseguradores autorizados. Mi hijo o hija tiene seguro de salud a través de:

Nombre de la compañía _____

Domicilio de la compañía _____

Número de póliza _____

Periodo de cobertura de la póliza _____

- Mi estudiante tiene mi permiso para competir en atletismo y viajar con el equipo
- En caso de que mi estudiante esté lesionado, el entrenador está autorizado a buscar tratamiento
- Verifico que la información del seguro que ha sido proporcionada es correcta y está vigente
- Mi estudiante y yo hemos leído las normas deportivas VUSD y el Código de conducta y hemos firmado el contrato de participación atlética VUSD (escuela preparatoria)

FIRMA DEL PADRE _____ **FECHA** _____