



## MPS Adaptive Athletics



Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado Padre o Tutor Legal:

El Departamento de Atletismo Adaptado ofrece la oportunidad de que su hijo participe en el torneo de baloncesto de atletismo adaptado de MPS. Se ofrecerá servicios de transporte a partir de la escuela.

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Hora: 10:00 a.m. a 1:30 p.m.

Usted tiene dos opciones para el almuerzo: usted puede enviar el almuerzo con su hijo o la escuela puede preparar el almuerzo como parte del programa de almuerzo de la escuela. Por favor, indique su predilección en el hoja de permiso anexa.

Este torneo será una experiencia maravillosa para su hijo. Llene la hoja de permiso anexa y entréguelamela antes del \_\_\_\_\_. En caso de preguntas o dudas, comuníquese conmigo al \_\_\_\_\_.

Gracias por su apoyo.

\_\_\_\_\_  
Entrenador de Atletismo Adaptado



# MPS Adaptive Athletics

Torneo de Baloncesto de Atletismo Adaptado de MPS

## Hoja de permiso

Entregue esta hoja de permiso a la escuela antes de \_\_\_\_\_.

### ➔ PARTICIPACIÓN

**SÍ**, Me gustaría que mi hijo participara en el Torneo de Baloncesto de Atletismo Adaptado de MPS.

**NO**, No deseo que mi hijo participe en el Torneo de Baloncesto de Atletismo Adaptado de MPS.

### ➔ OPCIONES PARA EL ALMUERZO (marque una)

Prepararé el almuerzo para mi hijo.

Me gustaría que la escuela se encargue del almuerzo de mi hijo como parte del programa de almuerzo escolar.

### ➔ INFORMACIÓN MÉDICA

Existe alguna condición médica o lesión que el Departamento de Atletismo Adaptado de MPS deba tener conocimiento y que ponga en peligro la participación de su hijo o la participación de otros? De ser así, indique más abajo. Si ninguna condición existe, escriba "NINGUNA" en el espacio provisto.

\_\_\_\_\_

### ➔ PERMISO PARA FILMACIONES/FOTOGRAFÍAS

Los medios de comunicación y MPS podrían filmar o fotografiar los eventos para usarse en noticias o material de mercadeo del Departamento Recreativo de MPS y de sus programas de Atletismo Adaptado. ¿Podría usted darnos permiso para filmar o fotografiar a su hijo? (Si no se marca ninguna casilla, la Oficina de Atletismo Adaptado de MPS asumirá que se ha otorgado permiso para que su hijo sea filmado o fotografiado).

Sí       No

### ➔ LEY LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Entiendo que las lesiones son una parte natural de los deportes. El programa de atletismo adaptado de MPS no se hace responsable por las lesiones incurridas a mi hijo durante su participación en este evento. Doy mi permiso para que los maestros y personal de apoyo use su propio juicio al asegurar servicios médicos y de ambulancia en caso de que no sea posible comunicarse con el padre o tutor del niño.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES Y DE EXENCION DE RESPONSABILIDAD PARA  
EXCURSIONES DE LAS ESCUELAS PUBLICAS DE MILWAUKEE**

Yo/Nosotros, padres/tutores legales del estudiante abajo indicado, entendemos la naturaleza del viaje planificado a:  
\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ (Fecha)

Hora de salida: \_\_\_\_\_ Regreso: \_\_\_\_\_

**PERMISO**

Entendemos que el transporte estara a cargo de: \_\_\_\_\_ por un costo de \$ \_\_\_\_\_ y estamos de acuerdo con los propósitos y procedimientos que rigen esta excursión. Por este medio damos permiso a nuestro hijo para que participe. Entendemos que habrá supervisión adecuada y apropiada.

En caso de que ocurra alguna lesión que requiera de atención médica, por este medio damos permiso a los maestros supervisores o al personal (incluyendo a los voluntarios) para que asistan a nuestro hijo. Si la lesión requiere de atención médica adicional, esperamos que se realice todo esfuerzo posible para comunicarse con nosotros y recibir nuestra autorización específica antes de tomar alguna acción. Si los esfuerzos por comunicarse con nosotros son infructuosos, damos permiso para que se administre el tratamiento médico necesario. Adicionalmente, por este medio damos permiso al maestro supervisor o al personal (incluyendo los voluntarios) para que lleven a nuestro hijo al médico, dentista o al hospital si ocurre un accidente grave en el viaje y no es posible comunicarse con nosotros.

**EXENCION DE RESPONSABILIDAD**

Sin embargo, entendemos que en cualquier excursión bien sea de la escuela o no, podrían surgir situaciones y problemas no anticipados que no se encuentran bajo el control del maestro supervisor o del personal (incluyendo los voluntarios). Acordamos además liberar de toda responsabilidad a la Junta Directiva Escolar de Milwaukee, sus agentes, funcionarios, empleados y voluntarios por cualquier reclamación, demanda, fallo, costo, interés y gasto (incluyendo honorarios y costos legales) que surjan de dichas actividades, incluyendo cualquier accidente o lesión al estudiante y los costos de servicios médicos o cualquier causa que este fuera del control de MPS, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo, desastres naturales, disturbios civiles, actos de terrorismo y guerras.

En caso de que el estudiante deba regresar a MPS de manera independiente por razones de salud, accidente, incumplimiento de las reglas establecidas por el maestro encargado, etc., acordamos aceptar plena responsabilidad y pagar por el costo de los cuidados médicos, transporte y otros gastos incidentales. Esta hoja de permiso también sirve como contrato de que el estudiante y sus padres entienden y están de acuerdo con los lineamientos de guía de cada maestro sobre la recuperación de asignaciones perdidas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (el letra de imprenta) Padre o tutor legal (firma) Fecha

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Esta excursión incluye / no incluye (marque una) natación recreativa.

Indique el nivel de natación de su hijo: experto intermedio principiante no puede nadar

Indique abajo SI su hijo tiene sensibilidad a:

Picaduras de abejas  Nueces  Productos lácteos  Latex  Otros \_\_\_\_\_

Medicamentos requeridos: \_\_\_\_\_

Marque abajo SI su hijo tiene:

Asma  Diabetes  Lesiones renales  Trastornos convulsivos  Condición cardíaca  Otra condición médica

Medicamentos requeridos: \_\_\_\_\_

Otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Si el estudiante requiere de medicamentos, entiendo que estoy obligado a asegurar que el medicamento sea suministrado y que el Formulario de Autorización de Medicamentos este archivado en la escuela. (Si el médico del estudiante así lo ordena, deberá haber epinefrina (Epi-Pen) en todas las excursiones).