

Student Name

Student ID #

Sport

Salinas Union High School District Consent Form

This form must be submitted to the Athletic Office, for each sport in which my son or daughter wishes to participate

- We the parent/guardian and the student athlete have received a copy of the 2016-2017 SUHSD Code of Conduct.
- We the parent/guardian and the student have thoroughly read and understand the SUHSD Code of Conduct and all of the on-line SUHSD required athletic contracts.
- We the parent/guardian and the student athlete have personally signed on-line or in person all the SUHSD required athletic contracts.
- We the parent/guardian hereby give consent for the above named student to compete in athletics.
- We the parent/guardian authorize the student to go with and be supervised by a representative of the school on any trips. In case this student becomes ill or is injured, you are authorized to have the student treated.
- We the parent/guardian authorized the medical agency to render treatment.
- We the parent/guardian consent to any x-ray examination, anesthetic, medical, or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under, the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Care Act on the medical staff of any accredited hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or said hospital it is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required, but is given to provide authority and power on the part of the school representative to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his/her best judgement may deem advisable.
- This authorization shall remain effective until the end of the current season of sport unless sooner revoked in writing and delivered to the school.

—

Please Print Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Please Print Student Name

Student Signature

Date

Date

Nombre del Estudiante

ID Estudiantil

Deporte

Salinas Union High School District Formulario de Consentimiento

Este formulario debe someterse al Departamento de Deportes con el Formulario del Examen Físico

- Nosotros los padres/tutores y el estudiante atleta hemos recibido una copia del Contrato Extracurricular del SUHSD el cual incluye el Código de Conducta, Contrato Libre de Drogas, información sobre una Conmoción Cerebral y un Paro Cardíaco Repentino
- Nosotros los padres/tutores y el estudiante atleta hemos leído a fondo y entendido el Contrato Extracurricular y todos los contratos deportivos requeridos del sitio de internet de SUHSD.
- Nosotros los padres/tutores y el estudiante atleta hemos personalmente firmado por medio del internet o en persona todos los contratos deportivos requeridos por SUSHD.
- Nosotros los padres/tutores por medio de la presente damos nuestro consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente compita en los deportes.
- Nosotros los padres autorizamos a que el estudiante vaya con y sea supervisado por un representante de la escuela en cualquier excursión. En caso de que este estudiante se enferme o se lastime, se autoriza a que se le preste tratamiento.
- Nosotros los padres/tutores autorizamos a la agencia médica a que presten tratamiento.
- Nosotros los padres/tutores consentimos a cualquier radiografía, anestesia, diagnóstico médico/quirúrgico o tratamiento y cuidado en un hospital que se crea recomendado por, y sea prestado bajo supervisión general o especial de cualquier doctor o cirujano con matrícula bajo las provisiones del Acto de Cuidado Médico en el personal médico de cualquier hospital acreditado, ya sea que tal diagnóstico o tratamiento se preste en la oficina de dicho doctor u hospital queda entendido que esta autorización se otorga por avanzado de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado en un hospital requerido, pero se otorga para proporcionar autoridad y poder por parte del representante de la escuela para que consienta específicamente a cualquier tal diagnóstico, tratamiento o cuidado en un hospital que el doctor antes mencionado ejerciendo su mejor juicio puede creer recomendable.
- Esta autorización debe mantenerse efectiva hasta el fin del año escolar a lo menos que se revoque antes por escrito y se lleve a la escuela.

—

Nombre de Padre/Tutor en letra de molde

Firma de Padre/Tutor

Nombre del Estudiante en letra de molde

Firma del Estudiante

Fecha

Fecha