

**PARTICIPACIÓN DE ATLETISMO KCS D Y
FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

2020-21 YEAR

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Nombres de padres/Tutores: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono del Hogar: _____ Otro: _____

Mi hijo tiene permiso y no tengo conocimiento de ningún motivo por el cual no puede participar físicamente en las siguientes actividades este año escolar:

<input type="checkbox"/>	Béisbol	<input type="checkbox"/>	Golf	<input type="checkbox"/>	Pista
<input type="checkbox"/>	Baloncesto	<input type="checkbox"/>	Fútbol	<input type="checkbox"/>	Vólibol
<input type="checkbox"/>	Porristas	<input type="checkbox"/>	Softbol	<input type="checkbox"/>	Luchas
<input type="checkbox"/>	A campo traviesa	<input type="checkbox"/>	Natación	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
<input type="checkbox"/>	Fútbol Americano	<input type="checkbox"/>	Tennis	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

El Distrito Escolar del Condado de Klamath ofreció oportunidades atléticas que pueden proporcionar oportunidades educativas únicas e importantes para los estudiantes. Sin embargo, existen riesgos inherentes a tales actividades, algunos de los cuales no pueden eliminarse debido a la naturaleza inherente de las actividades. Entiendo que la participación en los programas deportivos es puramente voluntario, que no habrá repercusiones negativas por elegir no participar, y que estoy permitiendo que mi hijo participe de su propio libre albedrío plenamente consciente de los riesgos asociados con la actividad.

Doy permiso para que mi hijo / hija viaje y participe en esta Actividad. **Entiendo que la Actividad es voluntaria y expondrá a mi hijo a riesgos, tanto previstos como imprevistos, que podrían causarle daño a mi hijo, a su propiedad y a otras personas.** Ejemplos de riesgos incluyen lesiones físicas, lesiones emocionales, daños a la propiedad, pérdidas económicas, pérdidas no económicas y privación de derechos, privilegios e inmunidades. He revisado las reglas y la información del programa adjuntas y reconozco que entiendo los riesgos a los que puede estar expuesto mi hijo como resultado de la participación en la Actividad. **Además, entiendo y acepto que durante la Actividad mi hijo estará, a veces, sin supervisión directa.** Me doy cuenta de que ninguna cantidad de supervisión o entrenamiento razonable puede eliminar todos los peligros de la participación deportiva y que mi hijo puede sufrir lesiones graves como resultado de la participación en eventos deportivos. A pesar de esta posibilidad, **y con pleno conocimiento y comprensión del riesgo de lesiones graves para mi hijo / hija como resultado de la participación deportiva, doy mi permiso para que mi hijo / hija participe en la Actividad.**

En consideración por brindarle a mi hijo la oportunidad de participar en la Actividad y cualquier transporte relacionado hacia y desde los eventos de la **Actividad, tanto mi hijo como yo acordamos voluntariamente renunciar y dar de baja cualquier reclamo contra el Distrito Escolar del Condado de Klamath ("Distrito") y liberarlo de responsabilidad por cualquier pérdida, independientemente de la causa,** incluidas las reclamaciones por cualquier acción negligente del Distrito o sus empleados o agentes, en la máxima medida permitida por la ley, para mí, mi hijo, nuestras propiedades, nuestros herederos, nuestros administradores, nuestros ejecutores, nuestros cesionarios y nuestros sucesores. También acepto liberar, exonerar, dar de baja y eximir de responsabilidad al Distrito, a su Junta Directiva, a los miembros individuales del mismo y a todos los funcionarios, agentes, empleados, voluntarios y representantes de toda responsabilidad, reclamo, causas de acción o demandas, incluyendo honorarios de abogados, multas, honorarios u otros costos (por ejemplo, costos médicos) derivados de lesiones de cualquier tipo para mí, mi hijo, nuestra propiedad o pérdidas de cualquier tipo que puedan resultar de o en relación con la participación de mi hijo en el Actividad, incluidas las lesiones derivadas de las acciones negligentes del Distrito o sus empleados o agentes. **Además, certifico y declaro que tengo la autoridad legal para renunciar, dar de alta, liberar y eximir de responsabilidad a las partes liberadas en nombre mío y del alumno mencionado.**

En el caso de que mi hijo pueda requerir tratamiento médico de emergencia mientras participa en la **Actividad**, autorizo al Distrito y sus agentes a obtener la ayuda de un proveedor de servicios médicos y a incurrir en los gastos por servicios médicos recomendados por el proveedor de servicios médicos, y yo proporcionaré el pago de estos gastos. Entiendo que el personal y los acompañantes de Actividad intentarán comunicarse conmigo u otros contactos de emergencia enumerados en el formulario de Autorización de tratamiento médico adjunto en caso de que mi hijo requiera tratamiento médico, pero reconozco y acepto que el personal y los acompañantes de Actividad pueden proceder con la obtención de tratamiento médico para mi hijo, incluso si yo u otros contactos de emergencia no pueden ser contactados.

Este Acuerdo tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley. Si alguna disposición o parte de cualquier disposición de este Acuerdo se considera inválida o legalmente inaplicable por cualquier motivo, el resto de este Acuerdo no se verá afectado por ello y seguirá siendo válido y plenamente aplicable.

Certifico que he leído lo anterior en su totalidad y entiendo completamente su contenido. A cambio de la oportunidad de participar en la **Actividad**, el alumno antes mencionado y yo asumimos voluntaria y voluntariamente todos los riesgos de tales peligros y, a pesar de ello, exoneramos al Distrito Escolar del Condado de Klamath de toda responsabilidad por cualquier pérdida, independientemente de la causa, y las reclamaciones que surjan de la participación del alumno en la **Actividad**. Además, autorizo al personal de **Actividad** a asegurar el servicio de un médico u hospital. Yo incurriré en los gastos por los servicios necesarios en caso de accidente o enfermedad y proporcionaré el pago de estos costos.

X

FIRMA DE ESTUDIANTE / PARTICIPANTE

FECHA

X

FIRMA DE ESTUDIANTE / PARTICIPANTE

FECHA

* * * * *

VERTIFICACIÓN DE TRANSPORTE ATLÉTICO DE KCSD

2020-21 YEAR

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo que el transporte apoyado por KCSD hacia y desde los concursos deportivos se proporcionará por diversos medios, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Transporte de KCSD - autobús escolar, autobús de actividades
2. Vehículos de alquiler aprobados por KCSD
3. Voluntarios: vehículos privados con información de archivo del conductor / vehículo
4. Autobuses privados aprobados por el estado

AUTO TRANSPORTE: Entiendo que permitir que mi hijo / atleta se transporte a la ubicación fuera de la escuela dentro del condado de Klamath Falls con la aprobación previa de los entrenadores los expondrá a riesgos de lesiones. El distrito escolar no requiere la participación en la actividad extracurricular y se proporcionarán alternativas aprobadas por el distrito que no impliquen los riesgos creados por el transporte del estudiante.

También estoy de acuerdo en que mi estudiante no transportará a otros estudiantes si se les permite transportarse a un concurso con en el valle.

X

FIRMA DE PADRE / TUTOR

FECHA

X

FIRMA DE PADRE/TUTOR

FECHA

VERTIFICACIÓN DE CONDUCTA ATLÉTICA DE KCSD

2020-21 YEAR

Reconocimiento de las Reglas de Conducta del Estudiante

Ciertos eventos deportivos pueden involucrar pernoctaciones en hoteles, moteles o dormitorios. Durante estas ocasiones, la supervisión será proporcionada por entrenadores o padres acompañantes. Se espera que los estudiantes sigan las reglas y regulaciones del Distrito Escolar del Condado de Klamath. El incumplimiento de esas reglas puede resultar en que el estudiante sea enviado a casa a expensas de los padres y suspendido / expulsado de la Actividad y / o la escuela.

Yo, _____, acepto seguir las reglas para esta Actividad y todos los eventos relacionados establecidos por

Nombre del estudiante

Personal del distrito y chaperones. Entiendo que desobedecer estas reglas podría resultar en una disciplina que puede incluir ser enviado a casa inmediatamente a expensas de mis padres. Entiendo que las reglas del Manual de Derechos y Responsabilidad del Distrito Escolar del Condado de Klamath están en vigencia en cualquier evento de Actividad y los estudiantes pueden ser disciplinados por violaciones.

Yo, _____ afirmo que mi estudiante comprende las reglas de conducta y estoy de acuerdo con lo que se han establecido. Nombre del padre / tutor legal

Entiendo que se me llamará la atención si se rompen las reglas y asumiré toda la responsabilidad si mi estudiante tiene que ser disciplinado. Entiendo que cualquier estudiante disciplinado puede ser enviado a casa inmediatamente a mi costa si el líder del viaje lo considera necesario.

X

FIRMA DE ESTUDIANTE / PARTICIPANTE

FECHA

X

FIRMA DE PADRE / TUTOR

FECHA

INFORMACIÓN MÉDICA ATLÉTICA DE KCSD Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

2020-21 YEAR

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Telefono de hogar: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Teléfono del padre / tutor: Trabajo _____ Hogar _____

Contacto de emergencia si no se puede contactar al padre / tutor

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono _____

Información médica sobre el participante:

Alergias conocidas: _____

Medicamento actual que se está tomando: _____

May 14, 2020

Información / instrucciones especiales sobre medicamentos: _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

¿Alguna historia de afecciones cardíacas, diabetes, asma, epilepsia o fiebre reumática? (Por favor explique abajo)

Cualquier restricción física: NO SI - EXLIQUE _____

Otras condiciones: _____

Nombre del médico y número teléfono: _____

Nombre de a aseguranza _____ # De Poliza _____

Por la presente doy mi permiso para que se le administren medicamentos sin receta (por ejemplo: aspirina) a mi hijo si el personal escolar designado / chaperones lo consideran conveniente.

EN CASO DE EMERGENCIA QUIRÚRGICA: Por la presente doy permiso al médico seleccionado por el director de la escuela, o en su ausencia, su designado, para hospitalizar, asegurar el tratamiento y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo como se menciona arriba.

Cualquier instrucción de lo contrario deben especificarse en el reverso de este formulario y firmarse.

X _____
Firma de Padret/Tutor _____
Fecha

NOTA: El formulario de información médica del estudiante debe firmarse y entregarse a la escuela con este formulario de permiso y responsabilidad

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y SOSTENER DAÑOS POR INFERMEDEDES COMUNICABLES INCLUYENDO EL CORONAVIRUS-19

Nombre del Estudiante: _____
Grado: _____ Teléfono del Hogar: _____
Domicilio: _____
Nombre de los Padre (s)/Tutor(s): _____
Teléfonos de Padres/ Tutores: Trabajo: _____ Hogar: _____ Otro: _____

El nuevo coronavirus ("COVID-19"), ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente por contacto de persona a persona. Si bien las reglas, la orientación y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte. **El Distrito Escolar del Condado de Klamath ("Distrito") no puede mitigar por completo la transferencia de enfermedades transmisibles como COVID-19, especialmente cuando está involucrado en [deporte o actividad]. La participación en un deporte o actividad incluye la posible exposición y enfermedad, lesión o muerte por enfermedades infecciosas, incluido COVID-19.**

En consideración por brindarle a mi hijo la oportunidad de participar en un deporte o actividad y cualquier transporte

relacionado hacia y desde un evento deportivo o de una actividad, tanto mi hijo como yo aceptamos voluntariamente renunciar y descargar todos y cada uno de los reclamos contra el Distrito y liberarlo de responsabilidad por cualquier exposición u enfermedad o lesión causada por una enfermedad infecciosa, incluido COVID-19, incluidas las reclamaciones por acciones negligentes del Distrito o sus empleados o agentes, en la mayor medida permitida por la ley, para mí, mi hijo, nuestras propiedades, nuestro herederos, nuestros administradores, nuestros ejecutores, nuestros cesionarios y nuestros sucesores.

También acepto liberar, exonerar, dar de baja y absolver al Distrito, su Junta Directiva, los miembros individuales del mismo distrito y todos los funcionarios, agentes, empleados, voluntarios y representantes de toda responsabilidad, demandas, causas de acción o demandas, incluyendo honorarios de abogados, multas, honorarios u otros costos (por ejemplo, costos médicos) que surjan de cualquier exposición o enfermedad o lesión de una enfermedad infecciosa, incluido COVID-19, que puede resultar de o en relación con la participación de mi hijo en [deporte o actividad].

Además, certifico y declaro que tengo la autoridad legal para renunciar, dar de alta, liberar y absolver de responsabilidad a las partes liberadas en nombre mío y del alumno mencionado anteriormente.

Certifico que he leído este documento en su totalidad y entiendo completamente su contenido. **A cambio de la oportunidad de participar en el deporte u actividad, el estudiante mencionado anteriormente y yo asumimos libre y voluntariamente todos los riesgos de tales peligros y, a pesar de ello, absolvemos al Distrito de toda responsabilidad por cualquier pérdida, independientemente de la causa, y las reclamaciones derivadas del estudiante.**

Firma del Estudiante

Fecha

Firma de Padre/Tutor

Fecha