

PORT CHESTER ATHLETIC PARTICIPATION APPROVAL FORM

(FORMULARIO DE APROBACION PARA LA PARTICIPACION EN ACTIVIDADES ATHLETICAS DE PORT CHESTER)

NAME(NOMBRE) _____ BIRTHDATE _____ GR.(GRADO) _____ SPORT (DEPORTE) _____
(FECHA DE NACIMIENTO)

ADDRESS(DIRECCIÓN) _____ TEL. NO.(NÚMERO TELEFÓNICO) _____

FAMILY DOCTOR(MÉDICO DE LA FAMILIA) _____ TEL. NO.(NÚMERO TELEFÓNICO) _____

I hereby give permission for my son/daughter to participate in the indicated sport listed above during the school year
(Por medio del presente autorizo a mi hijo (a) para participar en el deporte mencionado arriba durante el año escolar) _____

I have read and understand the concussion information fact sheet on the district website. For additional information refer to
www.cdc.gov/concussion and www.schoolhealthservicesny.com. (Yo he leído y ha comprendido el informe de información de
Conmoción en el internet del distrito. Para el información adicional se refiere por favor a www.cdc.gov/concussion and
www.schoolhealthservicesny.com.)

I agree that he/she may travel by any conveyance approved by the Board of Education, to and from regularly
scheduled school athletic contests. I understand that all transportation carriers are properly insured. (Estoy de acuerdo con
que viaje en cualquier medio de transporte aprobado por la Junta de Educación, de ida y de regreso de competencias atléticas
escolares programadas con regularidad. Entiendo que todos las empresas de transportes están debidamente aseguradas.)

In addition, I hereby grant permission for my child to be examined by a school physician in accordance with the
policy of the Port Chester Board of Education. (Además, por medio del presente autorizo que mi hijo sea examinado por un
médico de la escuela, de acuerdo con la política pública de la Junta de Educación de Port Chester.)

PUPIL HEALTH INFORMATION (INFORMACIÓN MÉDICA DEL ALUMNO/A)

Please check below (Yes or No) any of the following health problems. If Yes, give approximate date: (Por favor marque a
continuación (Sí o No) los siguientes problemas de salud. Si la respuesta es Sí, dé una fecha aproximada de ocurrencia)

Pneumonia (Neumonía) _____

Asthma (Asma) _____

Allergies (Alergias) (Specific) _____

Diabetes _____

Epilepsy (Epilepsia) _____

Heart Problem (Condición cardíaca) _____

Rheumatic Fever (Fiebre reumática) _____

Glandular Problem (condicion glandular) _____

Injuries (Lesiones) _____

Operations (Cirugías) _____

Fractures (Fracturas) _____

Speech Problem (Impedimento de habla) _____

Visual Loss (Pérdida visual) _____

Hearing Loss (Pérdida auditiva) _____

Concussion (Conmoción) _____

Other (Otro) _____

My son/daughter is able (Mi hijo(a) puede) _____, not able (no puede) _____ to participate in all physical education
and co-curricular activities, If not able, please specify reason (participar en todas las actividades de educación física y
cocurriculares. Si no puede, por favor especifique la razón) _____

Parent / Guardian Signature (Firma de padre/madre o guardian) _____ Date (Fecha) _____

FOR SCHOOL ADMINISTRATION USE

Physical Examination Date _____ Interview Date _____

Approved for Play: Yes _____

No _____

If no – Reason _____

White Copy – Nurse
Canary Copy – Coach
Pink Copy – Director of Athletic

School Nurse's Signature