

Escuela Secundaria de Dexter McCarty

# Baloncesto de Muchachos 2017-2018

Aquí hay algunos detalles importantes sobre participación:

- ***Participantes deben tener un formulario de un chequeo físico del médico actual (entre 2 años), la hoja de inscripción de SUN, y la documentación de seguro medico entregado.***
- ***Estudiantes deben tener asistencia constante y comportamiento positivo en la escuela para participar en las prácticas y los partidos.***
- ***Costo por temporada = \$ 80 (habrá un descuento para estudiantes que reciben almuerzo gratis o a precio reducido)***
- ***El papeleo y el pago se entrega en la oficina escolar o a Mr. Nelson lo mas pronto posible.***
- ***El horario de practicas será determinado por el entrenador del equipo que seleccione al atleta.***
- ***El autobús de actividades de SUN está disponible para jugadores que gusten tomarlo para irse a casa. (el autobús sale de DMMS a las 5:30)***

## Calendario de Baloncesto de Muchachos 2017

- ***¡Hojas de Inscripción ya están disponibles! Para entregar antes del Lunes, 6 de Noviembre***
- ***Pruebas (Tryouts) - Después de Escuela en el Gimnasio Principal***
  - ***Estudiantes del grado 7 (Noviembre 6 y 7)***
  - ***Estudiantes del grado 8 (Noviembre 8 y 9)***
- ***Practicas comienzan - Lunes, 13 de Noviembre***
- ***Partidos comienzan el 29 de Noviembre***
- ***Tendremos el horario tan pronto que este disponible.***



## Formulario de Exención de Participación y Seguro de Escuelas Secundarias

Yo le doy permiso a \_\_\_\_\_ que participe en el Programa Atlético\* de la Escuela Secundaria de Dexter McCarty y que acompañe a el equipo y entrenador a cualquier viaje del equipo. En el evento de que mi estudiante requiera tratamiento medico de emergencia mientras participa en las actividades mencionadas anteriormente, yo autorizo que mi estudiante reciba todo el tratamiento medico de emergencia necesario bajo las circunstancias existentes. Los servicios de ambulancia y hospital mas cercanos serán utilizados.

Estoy de acuerdo en mantener el Distrito, los empleados, y los voluntarios fuera de toda responsabilidad, lesiones, y daños que surjan de la actividad. Esto no es aplicable en casos de negligencia por parte del Distrito, los empleados, o voluntarios.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante (imprima)      #ID del Estudiante      Fecha de Nacimiento      Grado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Legal (imprima)      Numero de Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Numero de Celular/Trabajo del Padre/Guardián      Numero de Celular/Trabajo de la Madre/Guardián

\***Costo** – Tarifa Atlética de la Escuela Secundaria (por cada deporte/no hay máximo familiar,)  
\$80  
\$40 (Si Recibe Almuerzo con Costo Reducido)  
\$20 (Si Recibe Almuerzo Gratuito)

### Información de Seguro Medico

Para asegurar protección financiera en caso de lesiones, cual podrían ocurrir en un programa atlético, será necesario que su estudiante tenga algún tipo de seguro médico. No se les permitirá a los estudiantes participar en prácticas o concursos atléticos hasta que el distrito escolar esté satisfecho de que su estudiante tiene seguro adecuado. **Un examen físico es requerido cada otro año por ley (SB1060) desde el inicio de la participación del estudiante.** Los formularios de evaluaciones físicas deportivas están disponibles en la oficina de su medico.

Por favor marque la declaración apropiada:

\_\_\_\_\_ Mi estudiante tiene un plan de seguro familiar que provee cobertura

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía de Seguro

\_\_\_\_\_  
Numero de Póliza

\_\_\_\_\_ Mi estudiante comprara el plan de seguro escolar para proveer cobertura

Yo le doy permiso a \_\_\_\_\_ que participe en el/los programa(s) Atlético(s) de  
Nombre del Estudiante

La Escuela Secundaria de Dexter McCarty (marque uno o los dos): \_\_\_\_\_ **BALONCESTO** \_\_\_\_\_ **PISTA (TRACK)**

Puede haber un costo adicional para un uniforme (el uniforme se le queda al atleta). El atleta es responsable de toda la herramienta de equipo y/o uniformes que se le presten y no sean regresados en condiciones razonables.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\* Chequeos Físicos solo son validos por 2 años. Por favor cheque con la oficina si cree que tiene un chequeo físico en nuestros archivos.

## Formulario de Evaluación Física Deportiva Del Distrito Escolar de Gresham Barlow

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN TO BE COMPLETED BY PARENT																																																																					
<b>Nombre del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Nombre Medio)</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>																																																																
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>#SS del Estudiante</b> (____)____-____																																																																	
<b>Escuela</b>	<b>Grado</b>	<b>Deporte Especifico</b>																																																																			
<b>Medicamentos Actuales</b> _____																																																																					
<b>Alergias a Drogas</b> _____																																																																					
<b>Problemas Crónicos Médicos</b> _____																																																																					
TO BE COMPLETED BY NURSE PARA SER COMPLETADO POR LA/EL ENFERMERA(O)																																																																					
<b>Height:</b> __ ft. __ in.		<b>Weight:</b> _____ lbs.		<b>Vision: Rt:</b> __/__ <b>Lt:</b> __/__																																																																	
<b>Hearing Screen:</b>			<b>Blood Pressure:</b> ____/____																																																																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center;"><b>Normal</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Abnormal</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>Right</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>Left</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>	<b>Right</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Left</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pulse:</b> _____																																																									
	<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>																																																																			
<b>Right</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
<b>Left</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																			
TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO																																																																					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;"><b>Normal</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Abnormal</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>General Health</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Skin</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Head</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Ears</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Eyes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Nose/Throat</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Teeth</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Neck</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Chest</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Heart</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Abdomen</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Spine</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Extremities</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Neurological</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Urinalysis</td> </tr> </table>				<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	General Health	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Skin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Head	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ears	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Eyes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nose/Throat	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Teeth	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neck	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Heart	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Urinalysis	<b>Description</b>		
	<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	General Health																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Skin																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Head																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ears																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Eyes																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nose/Throat																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Teeth																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neck																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Chest																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Heart																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Abdomen																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Spine																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Extremities																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Neurological																																																																		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Urinalysis																																																																		

I certify this person is medically able to participate in all school sports and physical activities:

Without restriction

With the following restrictions: \_\_\_\_\_

Physician signature \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_