



VERIFICACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO PARA FÚTBOL A completar *SI NO* se compra Seguro para “Tackle Football” de SISC

El Código de Educación de California exige que haya cobertura de seguro por una cantidad mínima de \$1,500 para gastos médicos y hospitalarios como resultado de lesión corporal accidental de los miembros de cualquier equipo deportivo lesionados mientras participan o practicando para eventos deportivos inter-escolares, o mientras están en transporte de ida o de regreso de dichos eventos deportivos.

Los miembros de los equipos deportivos los define la ley e incluye cualquier estudiante que viaja o realiza alguna actividad en conexión con el equipo o evento deportivos.

Por la presente verifico que hay una póliza de seguro a nombre de (*nombre del alumno/a*) : _____, estudiante en (*nombre de la escuela*): _____, por una cantidad igual o mayor a la que exigen las Secciones 32220-24 y 35330-31 del Código de Educación de California, para gastos médicos y hospitalarios como resultado de lesión corporal accidental mientras participa o practica para eventos deportivos inter-escolares o mientras está en transporte de ida o de regreso de dichos eventos deportivos. El número de la póliza de \$1,500 por lesión corporal accidental es _____, emitida por _____ (nombre de compañía aseguradora).

**NOTA: se les informa que muchas pólizas de compañías de seguros excluyen “tackle football.”
POR FAVOR, LEAN SU PÓLIZA. QUIZÁ NECESITEN COBERTURA ADICIONAL.**

También estoy de acuerdo en indemnizar y no atribuir responsabilidad a l Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara por ninguna situación que surgiera de cualquier manera relacionada con el requisito bajo la sección del código arriba mencionada de proveer cobertura de seguro para el/la alumno/a arriba indicado/a.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____

NO quiero comprar la Cobertura de “Tackle Football” de SISC.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Yo, el/la abajo firmante, siendo el padre/madre/tutor de _____, por la presente doy autorización a cualquier hospital, centro de emergencia, médico, enfermera y/o paramédico, para administrar tratamiento a mi hijo/a, cuando acompañado/a o escoltado al lugar de tratamiento por un/a maestro/a, entrenador/a, ayudante de maestros, director/a o cualquiera de los miembros del Consejo de Educación del Distrito.

Además, si el médico que le atiende determinara después del examen que es necesario efectuar una cirugía o algún otro procedimiento médico para salvar la vida, también extiendo el permiso a las personas arriba mencionadas para conceder el mismo.

Además, estoy de acuerdo en eximir de la misma responsabilidad al personal y al Consejo de Educación del Distrito Escolar Unificado de Santa Bárbara con mi acción de conceder dicho permiso.

Firma del Padre/Madre/Tutor

NOTA: este formulario tiene que renovarse cada año.

ENTREGUEN ESTE FORMULARIO AL DIRECTOR DE DEPORTES