

FOR OFFICE USE ONLY							Athletic Card Number _____			
SCHOOL YEAR _____		ASB _____		PHYS DATE _____		STUDENT # _____				
FALL:	FB	FP	GSOC	VB	GO	GSW	CC	BTE	CHEER	BWP
WINTER:	BBB	GBB	GYMN	WR	BSW	Dance	Cheer			
SPRING:		TR	BB	VB	BSOC	FP	GTE	GWP		

ФОРМА УЧЕБНОГО ОКРУГА ОБУРН ДЛЯ УЧАСТИЯ В СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

ИМЯ УЧЕНИКА _____ М ___ Ж ___ КЛАСС _____ ВОЗРАСТ _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____
 ИМЯ РОДИТЕЛЯ _____ СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН РОДИТЕЛЯ _____
 ДОМАШНИЙ АДРЕС (УЛИЦА/№ ДОМА/КВ. _____ ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН _____
 ГОРОД/ШТАТ/ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ПРИНЯТИЕ РИСКА

Настоящим мы даем согласие на участие нашего(й) сына/дочери в межшкольных соревнованиях, проводимых учебным округом Обурн, при отсутствии возражений со стороны врача, проводящего освидетельствование. Мы также даем согласие на то, чтобы ученик/ученица сопровождал(а) команду в другие места проведения соревнований. Мы поддерживаем правила учебного округа Обурн относительно участия в спортивных мероприятиях и будем выполнять их. Подача этого заявления на участие в межшкольных соревнованиях в учебном округе Обурн номер 408 подразумевает, что не были нарушены правила и положения ассоциации штата относительно права на участие в соревнованиях. Спортивные соревнования – это добровольное внеучебное мероприятие, участие в котором может привести к получению тяжелой травмы, включая паралич или смерть. Надзор в разумных пределах или тренировки в любом объеме не могут полностью исключить риск возможной травмы.

ВЫПОЛНЯЯ УСЛОВИЕ ДЛЯ УЧАСТИЯ В СПОРТИВНЫХ СОРЕВНОВАНИЯХ, МЫ ПОДТВЕРЖДАЕМ, ЧТО МЫ ПРОЧИТАЛИ И ПОНЯЛИ ЭТО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ.

★ Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (отметьте одно)

_____ Мой(я) сын/дочь в настоящее время записан(а) в Программу страхования учеников от несчастного случая, предоставляемую учебным округом Обурн. Информацию об этом плане можно получить в офисе школы, которую посещает ваш ребенок. (ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОФИСА ОТНОСИТЕЛЬНО ПОКУПКИ)

_____ Мой(я) сын/дочь застрахован(а) в указанной ниже страховке, и я буду сохранять эту страховку в действующей форме на протяжении спортивного сезона. В случае каких-либо изменений этого статуса я свяжусь со школой и проинформирую школу об изменениях в страховке. Директору средней школы или назначенному для этого лицу разрешается обращаться в нижепоименованную компанию для подтверждения ограничений страховки. Я принимаю на себя полную ответственность за стоимость лечения любой травмы, которую мой(я) сын/дочь может получить, участвуя в программе.

Наименование страховой компании: _____

Номер полиса или группы: _____

★ Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

РАЗРЕШЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В случае критической ситуации, требующей медицинской помощи, мы настоящим даем разрешение врачу или другим сотрудникам больницы, выбранным тренерами учебного округа Обурн, оказать помощь нашему(й) сыну/дочери. Мы ожидаем, что все усилия будут приложены для того, чтобы связаться с нами для получения нашего конкретного разрешения до применения какого-либо лечения или госпитализации.

★ Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

ОТЧЕТ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ (ВСЕ ШКОЛЬНИКИ, ПОСТУПАЮЩИЕ В 6^{-й} И 9^{-й} КЛАСС, ОБЯЗАНЫ СНОВА ПРОЙТИ МЕДОСМОТР)

Согласно правилам учебного округа Обурн:

- *** Действующий медосмотр должен быть проведен до участия в соревнованиях для старшеклассников (классы 9-12) и должен быть датирован **ПОСЛЕ 1 ИЮНЯ** для предстоящего учебного года.
- *** Действующий медосмотр должен быть проведен до участия в соревнованиях для учеников средних классов (классы 6-8) и должен быть датирован **ПОСЛЕ 1 ИЮЛЯ** для предстоящего учебного года.
- *** Если были соблюдены все условия, медосмотры могут быть действительны на срок до 24 месяцев от даты проведения. Срок действия медосмотра должен истекать позднее даты окончания соответствующего сезона WIAA.
- *** Если срок действия медосмотра истечет в течение спортивного сезона, то до начала этого сезона потребуется пройти новый медосмотр.

ОТЧЕТ ВРАЧА

ДАТА МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА: _____

Допущен(а) к участию в спортивных мероприятиях учебного округа Обурн: Да _____ Нет _____

Физические ограничения и/или рекомендации: _____

Заполняется для учеников средних классов, занимающихся борьбой:

Если _____ участвует в соревнованиях по борьбе, минимальный вес должен быть не ниже _____ фунтов.
Имя ученика (печатными буквами или напечатать)

Имя врача, проводящего освидетельствование (печатными буквами или напечатать) _____ Телефон _____ Адрес клиники _____

Подпись врача, проводящего освидетельствование _____ Дата _____

ПРАВО НА УЧАСТИЕ В СПОРТИВНЫХ СОРЕВНОВАНИЯХ (только для старшеклассников)

Пожалуйста, дайте точные ответы на следующие вопросы, относящиеся к праву на участие в спортивных соревнованиях. Исключительно важно предоставить точную информацию.

Да	Нет	
_____	_____	Вышеуказанный(ая) ученик/ученица младше 20 лет.
_____	_____	Вышеуказанный(ая) ученик/ученица проживает в черте учебного округа Обурн
_____	_____	Вышеуказанный(ая) ученик/ученица проживает со своими родителями/ законными опекунами.
_____	_____	Вышеуказанный(ая) ученик/ученица посещал(а) школу как минимум 15 недель в предыдущем семестре.
_____	_____	Вышеуказанный(ая) ученик/ученица успешно закончил(а) обучение по 5 предметам в течение предыдущего семестра.
_____	_____	Вышеуказанный(ая) ученик/ученица в настоящий момент записан(а) как минимум на 5 предметов, дающих полный кредит, в школе учебного округа Обурн.

Ученик занимается в: «Running Start» _____ Домашнее обучение _____ Альтернативная школа _____ Другое _____

В каком году поступил(а) в седьмой (7^{-й}) класс: _____ В каком году поступил(а) в девятый (9^{-й}) класс: _____

Какую школу посещал(а) в прошлом году: _____ Даты учебы: _____ по _____

Подпись ученика _____ Дата _____

★ Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____