

PERMISO MÉDICO DEPORTIVO PARA LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE WALLA WALLA

Grado _____

Escuela: P G W

Apellido: _____ Nombre: _____ # de Tel. _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código P. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Ciudad/Estado de Nacimiento: _____

Contacto de Emerg. (Nombres)	Padre _____	Hogar/Celular _____	Trabajo _____
	Madre _____	Hogar/Celular _____	Trabajo _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Problemas físicos que deberíamos saber (Alergias, Discapacidades, Etc.) _____

Compañía de Seguro _____ Grupo /Póliza _____

En caso de una lesión grave ocasionada al estudiante antes mencionado, si no se puede contactar a ninguno de los padres/tutores, el entrenador a cargo tiene permiso para obtener atención médica en el lugar médico/emergencias más cercano.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Uso de oficina: 4/7/11 Deporte: FB VB CC GS CH D W BBB GBB BTR GTR BB SB GG BG GT BT BS TR
BSW GSW Otro: _____