DISTRIRO ESCOLAR DE WALLAWALLA
PETICIÓN PARA RENUNCIAR AL PLAN DE COBERTURA DE ACCIDENTES ESCOLARES

APELLIDO DEL ESTUDIANTE (en letra de molde)_____

NOMBRE _____

 # ID_____ **GRADO: 6 7 8 9 10 11 12 ESCUELA: W P G**

Atenta carta a quien corresponda:

Comprendo que mi hijo/a no puede participar en los deportes interescolares al menos de contar con la el Plan de Cobertura de Accidentes Escolares **O** contar con un plan de seguro proporcionado por la familia.

Contamos con una cobertura adecuada de seguro medico la cual cubre los servicios médicos u hospitalizaciones y la mantendremos activa durante la temporada deportiva; es por ello que, yo NO deseo inscribir a mi hijo/a en el plan de cobertura de accidentes escolares.

Acepto la responsabilidad plena por el costo del tratamiento de cualquier lesión que mi hijo/a pudiera sufrir al estar participando en las actividades interescolares del programa deportivo del Distrito Escolar de Walla Walla. Por favor admita la participación de mi hijo/a en estos programas. **(Todas las líneas de abajo deben ser llenadas apropiadamente.)**

Yo/Nosotros tenemos un seguro medico con _____

número de póliza _____ **vigente hasta el** _____

y cubre a _____ _____ **para las actividades/deportes indicadas arriba.**
Apellido **Nombre**

Firma del padre _____

He adquirido el seguro Myers-Stevens School Medical Insurance. Tipo de plan/opción adquirida:

(circule una) Tipo: Estudiante 24-horas Tiempo Escolar Fútbol Americano Dental
(circule una) Opción: Alta Mediana Baja

FECHA DE LA ADQUISICIÓN: _____

FECHA _____ **FIRMA DEL PADRE/TUTOR** _____

TELEFONO _____ **DOMICILIO** _____