

JOLIET PUBLIC SCHOOLS DISTRICT 86
ATHLETIC / MEDICAL EMERGENCY INFORMATION

Please Print

This form must be made available to each coach at all practices and contest for each team member to ensure proper medical treatment by physicians or hospital in the event of serious injury.

Athletes Name: _____

Birth Date: _____ Grade Level: 6 7 8 Sex: _____

Parent Names: _____

Home Phone: _____

Cell Phone Contact: _____

Alternate Cell Phone Contact: _____

Street, City and Zip: _____

Email Address: _____

I hereby give my consent for medical treatment deemed necessary by physicians designated by school authorities and / or for transportation to a hospital emergency room for treatment for any illness or injury resulting from his/her athletic participation.

Preferred physician: _____ Preferred hospital: _____

I understand this authorization will only be enforced when I cannot personally be contacted and provide for immediate treatment.

Signed (Parent or Guardian)

(Date)

EMERGENCY CONTACT: (In the event the parents cannot be contacted)

Name _____

Phone Number _____

Home Work Cell

Relationship to student/athlete _____

List any important medical information, medical conditions or medicine your child takes:

JOLIET PUBLIC SCHOOLS
DISTRICT 86
INSURANCE WAIVER

INSURANCE

OPTION 1

I hereby certify that the Student has insurance coverage for any injuries that may occur through participation in the activity. Coverage is provided for under:

Policy No. _____

Insurance Company: _____

Termination Date (If any): _____

I further agree that I will hold District 86 harmless for any medical or medically related expense that may accrue as a result of injury to the Student while participating in the activity.

Signature of Parent/Guardian

Date

OPTION 2

I hereby certify that the Student does not have insurance coverage. I, therefore, recognize that I am financially responsible for all medical expenses resulting from an accidental injury. I further agree that I will hold District 86 harmless for any medical or medically related expense that may accrue as a result of injury to the Student while participating in the activity.

Signature of Parent/Guardian

Date

JOLIET PUBLIC SCHOOLS DISTRICT 86
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA DE ATLETISMO

Por favor imprimir

Este formulario debe ser puesto a disposición de cada entrenador a todas las prácticas y concursos para cada miembro del equipo para asegurar un tratamiento médico adecuado por los médicos u hospital o en el caso de lesión grave.

Nombre del Atleta: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nivel de Grado: 6 7 8 Sexo: _____

Nombres de Padres: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Teléfono Celular Contacto Alternativo: _____

Calle, Ciudad y Código Postal: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico considere necesario por los médicos designados por las autoridades escolares y yo para el transporte a una sala de emergencias de un hospital para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión como resultado de su participación atlética.

Médico Preferido: _____ Hospital Preferido: _____

Entiendo que esta autorización sólo será válida cuando yo no pueda ser contactado personalmente y proporcionar un tratamiento inmediato.

Firma (Padre o Tutor)

Fecha

CONTACTO DE EMERGENCIA: (En caso de que no se puede contactar a los padres)

Nombre _____

Número de teléfono _____
Casa Trabajo Celular

Relación con el Estudiante/Atleta _____

Una lista de cualquier información médica importante, condiciones médicas o medicamentos que toma su hijo:

JOLIET PUBLIC SCHOOLS DISTRICT 86
INSURANCE WAIVER

SEGURO MEDICO

OPCIÓN 1

Por la presente certifica que el estudiante tiene una cobertura de seguro por cualquier daño que pueda ocurrir a través de la participación en la actividad. Dicha cobertura se ofrece debajo.

No. De Póliza _____

Compañía de Seguros: _____

Fecha de Terminación (si lo hay) _____

Estoy de acuerdo que voy a mantener El Distrito 86 inofensivo por cualquier gasto médico o relacionado con que se acumule como resultado de lesiones al estudiante durante su participación en la actividad.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

OPCIÓN 2

Por la presente certifico que el estudiante no tiene cobertura de seguro. Yo, por lo tanto, reconozco que soy financieramente responsable de todos los gastos médicos derivados de una lesión accidental. Estoy de acuerdo, además, que voy a mantener al Distrito 86 inofensivo para cualquier gasto médico u relacionado con que se acumule como resultado de lesiones al estudiante durante su participación en la actividad.

Firma de Padre/ Tutor

Fecha