

LAWRENCE PUBLIC SCHOOLS

Cumplimiento de Seguro Deportivo: Año escolar 2020-2021



Nombre del estudiante _____
(apellido) (nombre)

Graoe _____ Escuela _____ fecha de nacimiento ____/____/____ vacuna tétano ____/____/____

Dirección _____ telefono _____
Zip code _____

Nombre del Padre _____ telefono _____

Nombre de la madre _____ telefono _____

En caso de emergencia, si no podemos contactar a los padres:

nombre _____ Relacion _____ telefono _____

Nombre del doctor _____ telefono _____

Como lo requiere la Asociación Atlética Escolar del Estado de Kansas, todos los estudiantes que participan en atletismo y porristas deben estar protegidos por un seguro de accidentes por lesiones catastróficas que excedan los \$ 25,000. Esta cobertura es proporcionada por la tarifa de participación deportiva pagada por cada participante.

Además, la política de la escuela requiere que todos los participantes en actividades deportivas patrocinadas por la escuela proporcionen prueba de cobertura de seguro médico para el tratamiento hasta **\$25,000**.

El cumplimiento de esta regulación se puede lograr mediante una o ambas de las siguientes opciones:

OPCION 1^^ Proporcione el nombre de la compañía y el número de póliza de la compañía de seguros que proporciona el seguro médico que protege al estudiante participante.

OPCION 2** Adquiera una cobertura de seguro estudiantil individual, voluntaria, de uno de los planes de seguro disponibles para los estudiantes de las Escuelas Públicas de Lawrence a través de una compañía independiente. (La información proporcionada por la compañía de seguros está disponible en la oficina de la escuela). La cobertura es limitada; le recomendamos que lea la póliza con atención y consulte con la compañía para obtener más detalles.

he leído la política anterior y cumpliré con las condiciones de autoaceptación para participar en actividades patrocinadas por la escuela de la siguiente manera:

^^OPCION 1 Yo certifico _____ está protegido por un seguro médico para tratamientos **de hasta al menos \$ 25,000:**

Compañía _____ poliza/grupo _____

****OPTION 2** Yo Certifico _____ está protegido para tratamiento médico hasta por lo menos \$ 25,000 a través de un plan de seguro individual, voluntario, para estudiantes y que la solicitud se haya presentado a la Compañía con la prima requerida para esta cobertura. ***Prueba de seguro es requerido para opción 2.**

Autorización Médica

En caso de que mi hijo se enferme o se lesione, y yo, o el médico autorizado mencionado anteriormente, no podamos ser contactados de inmediato en el momento de una emergencia, y si a juicio del personal de las Escuelas Públicas de Lawrence USD # 497, inmediatamente si se requiere observación o tratamiento, autorizo y ordeno a dichos miembros del personal que organicen el transporte de mi hijo (debidamente acompañado) al centro médico más cercano para su evaluación y / o tratamiento. Este documento además autoriza y faculta a cualquier miembro de la facultad / personal de USD # 497 para firmar o otorgar todas y cada una de las autorizaciones médicas, dentales, quirúrgicas, de optometría o similares a cualquier médico con licencia, cirujano, dentista, optometrista, enfermera o persona similar capacitada, en las artes curativas según sea razonable y necesario para el tratamiento de mi hijo, durante cualquier tiempo que mi hijo pueda estar bajo la supervisión del personal de USD # 497, para cualquier actividad relacionada con la escuela o evento deportivo

Fecha _____ firma Padre/Guardian _____
(frente a notario)

State of Kansas County of _____

Subscribed and sworn before me this _____ day of _____ in the year of _____.

(Signature of Notary Public)

My commission expires: _____ (Seal)