



Distrito Escolar Poudre  
2407 LaPorte Ave  
Fort Collins, CO 80521  
970-482-7420

## 2021-2022 Certificado médico del estado físico del estudiante para participar en atletismo en *high school* (preparatoria)

Este formulario, al igual que el PERMISO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES PARA PARTICIPAR EN ATLETISMO, se debe llenar y presentar a la escuela en donde se participará en atletismo, tal como se designe más adelante, con anterioridad a que al estudiante se le permita participar o competir en el/los deporte(s) escolar(es).

### Información del estudiante – El estudiante o el padre o tutor legal la debe llenar.

Nombre del estudiante (Apellido, 1.er nombre, iniciales del 2.º nombre) \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Escuela en donde participa en atletismo \_\_\_\_\_

Nombre de el/los padre(s) de familia o tutor(es) legal(es) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Physician's Certification (Certificado médico)

I certify that I have examined the above-named student and find the student physically fit to fully participate in the school sport(s) listed below, except those crossed out, without restriction:

(Certifico que he examinado al estudiante que se menciona anteriormente, y le encuentro en buena forma física para participar plenamente, sin ninguna restricción, en el/los deporte(s) escolar(es) que se enumera(n) a continuación, a excepción de los que se hayan tachado:)

<del>Baseball</del> (Béisbol)	<del>Cheer/Dance</del> (Porras/Baile)	<del>Field Hockey</del> (Hockey sobre hierba)	<del>Golf</del>	<del>Lacrosse</del>	<del>Softball</del> (Softbol)	<del>Tennis</del> (Tenis)	<del>Volleyball</del> (Voleibol)
<del>Basketball</del> (Baloncesto)	<del>Cross Country</del> (A campo traviesa)	<del>Football</del> (Fútbol americano)	<del>Gymnastics</del> (Gimnasia)	<del>Soccer</del> (Fútbol)	<del>Swimming</del> (Natación)	<del>Track &amp; Field</del> (Pista y campo)	<del>Wrestling</del> (Lucha libre)
SOCO† Basketball (Baloncesto SOCO)	SOCO Cheer (Porras SOCO)	SOCO Flag Football (Fútbol americano con bandera SOCO)		SOCO Track & Field (Pista y campo SOCO)			Ice Hockey (Hockey sobre hielo) Esqui Nordico (Nordic Skiing)

Additional Comments (Comentarios adicionales):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of Examination (Fecha del examen) \_\_\_\_\_ (Valid for 365 days unless rescinded) (Válido por 365 días, a menos que se anule.)

Physician Name (Printed)  
[Nombre del médico (Escribir en letra imprenta.)]

Phone Number  
(Número de teléfono)

Physician Signature  
(Firma del doctor)

Date  
(Fecha)