



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

## 2022-2023 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

Masculino

Femenino

Fecha de nacimiento del estudiante

Domicilio del estudiante

Ciudad

Estado

Código postal

Escuela en donde participa en atletismo

Nombre de el/los parente(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)

Baseball (beisbol)	*Field Hockey (hockey sobre hierba)	*Ice Hockey (hockey sobre hielo)	Soccer (futbol)	Girls Volleyball (voleibol femenino)	Unified Cheer (porristas unificadas)
Basketball (baloncesto)	Football (futball americano)	*Lacrosse	Swimming (natación)	Boys Wrestling (lucha libre)	Unified Flag Football (futbol bandera unificado)
*Boys Volleyball (voleibol masculino)	Golf	*Nordic Ski (esquí nórdico)	Tennis (tenis)	*Girls Wrestling (chicas luchando)	Unified Soccer (futbol unificado)
Cheer/Dance (porras/Baile)	*Gymnastics (gimnasia)	Softball (softbol)	Track/Field (pista ya campo)	Unified basketball (baloncesto unificado)	

\*List of District Sports

>Special Olympics of Colorado

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Date of Examination (Fecha del examen) \_\_\_\_\_ (Valid for 365 days unless rescinded) (Válido por 365 días, a menos que se anule.)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