



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

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 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:)

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

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Date of Examination (Fecha del examen) _____ (Valid for 365 days unless rescinded) (Válido por 365 días, a menos que se anule.)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