



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

2020-2021 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 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Date of Examination (Fecha del examen) _____ (Valid for 365 days unless rescinded) (Válido por 365 días, a menos que se anule.)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)