

# St. Paul MS/HS Athletic Permission & Insurance Form 2018-19

Please Check Appropriate Season:  Fall  Winter  Spring  
Sport: \_\_\_\_\_

*Office Use Only*

Physical rcvd: \_\_\_\_\_

Payment rcvd: \_\_\_\_\_

Insurance: \_\_\_\_\_

Concussion Test: \_\_\_\_\_

St. Paul School District is proud of its athletes and athletic programs. Our coaches, administrators, teachers, students and community expect athletes to have good attendance, represent the district positively at all times and to behave appropriately. The guidelines set forth below have been established as a minimum code for athletes.

Student's Last Name: \_\_\_\_\_ Student's First Name: \_\_\_\_\_

Gender Male  Female  Grade: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Student Cell Phone: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian (where student resides) \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

## PLEASE READ CAREFULLY

- Proof of MEDICAL INSURANCE IS REQUIRED before any athlete will be allowed onto the field/court for practice.
- ST. PAUL SCHOOL DISTRICT: DOES NOT carry student accident insurance for athletes.
- Student school insurance may be purchased through the district. Forms are available in the SPSHS office.

List Medications: \_\_\_\_\_ List Allergies: \_\_\_\_\_

Name of Physician: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Medical Insurance Co: \_\_\_\_\_ Policy/Group Number: \_\_\_\_\_

### Medical Release

In the event of an emergency, after every effort has been made to contact me by telephone, the undersigned parent/guardian does hereby authorize the district to obtain any medical care or hospitalization of my child, as they believe necessary for the welfare of my child. I do further authorize any medical doctor or hospital to provide any treatment believed necessary for immediate care of my child. The undersigned agrees to pay for such medical treatment and shall hold the district harmless from any liability, claims, judgments, and costs incurred as a result of any such medical treatment or hospitalization.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

### **Training Rules:**

The contract will be enforced the first day of fall practice until the completion of the academic school year and/or sports season, whichever is longer. The contract is also enforced at all SPSD sponsored events in season or out of season.

### **Policy Concerning Improper Conduct**

The St. Paul High School rules for all students apply, and in addition, the following special rules regarding athletic and activities participation will apply.

Athletics and activities participants **MAY NOT**:

1. Be insubordinate or be determined an aggressor in a fight.
2. Possess or use any tobacco product.
3. Possess, use, sell and/or distribute any non-prescribed narcotic drug, hallucinogenic drug, amphetamine, barbiturate, marijuana, alcoholic beverage, or intoxicant of any kind. It is an automatic second violation for any athlete who distributes and/or sells drugs or alcohol.
4. Host or attend a social function for minors where the above products are in possession, being used, sold or distributed. An athlete must leave **immediately** from a site where alcohol or drugs are present.
5. Significant misbehavior included but not limited to assault, robbery or drunken driving.

The policy and rules outlined above will be used by the coaches & administration to determine consequences, but do not supersede district policy or administrative rules.

I understand and agree to the above terms.

Parent/Guardian: Signature X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Student Athlete: Signature X \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Escuela Secundaria de San Pablo**  
**Formulario de Asegurancia Y de Permiso Atlético 2018-19**  
Favor de marcar la temporada apropiada:  Otoño  Invierno  Primavera  
(Fall) (Winter) (Spring)

<i>Office Use Only</i>	
Physical rcvd:	_____
Payment rcvd:	_____
Insurance:	_____
Concussion Test:	_____

El Distrito Escolar de San Pablo se siente orgulloso de sus atletas y programas deportivos. Nuestros entrenadores, administradores, maestros, estudiantes y comunidad espera que los atletas tengan buena asistencia, que representen el distrito positivamente en todo momento y que se comporten apropiadamente. Las directrices a continuación se han establecido como un código mínimo para los atletas.

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc.  Fem.  Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Celular de Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Custodio (donde vive el estudiante): \_\_\_\_\_

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE**

- SE REQUIERE EVIDENCIA DE SEGURO MÉDICO para cualquier atleta antes de que se le permita entrar al campo o cancha para practicar.
- EL DISTRITO ESCOLAR DE SAN PABLO: NO tiene seguro de accidentes para atletas.
- Seguro de la escuela se puede comprar a través del distrito. Formularios están disponibles en la oficina de la Escuela Secundaria de San Pablo.

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Teléfono del Doctor de la Familia: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de Grupo/Póliza: \_\_\_\_\_

Permiso de Autoridad Médica

En caso de una emergencia, después de que se ha hecho todo esfuerzo de ponerse en contacto conmigo por teléfono, el padre/custodio abajofirmado, aquí autoriza al distrito de obtener cualquier cuidado médico de hospitalización para mi hijo/a, como ellos crean necesario para el bienestar de mi hijo/a. Además, yo autorizo a cualquier doctor médico o hospital de proveer cualquier tratamiento que crean necesario para el cuidado inmediato de mi hijo/a. El abajofirmado está de acuerdo de pagar por el tratamiento médico y mantendrá al distrito sin daño de cualquier riesgo, clamor, juicio, y gastos contraídos como el resultado de tal tratamiento médico u hospitalización.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Reglas de Entrenamiento:**

El contrato se ejecutará empezando el primer día de entrenamiento hasta el fin del año escolar y/o la temporada deportiva, lo que sea mayor. El contrato también se aplica en todos los eventos patrocinados por el Distrito Escolar de San Pablo durante o fuera de temporada.

**Política del Conducto No Apropiado:**

Las reglas de la Escuela Secundaria de San Pablo para todos los estudiantes se aplican, y además, se aplicarán las siguientes reglas especiales con respecto a la participación deportiva y en actividades.

Participantes en los deportes y actividades **NO PUEDEN:**

1. Ser insubordinado o ser determinado de ser un agresor en una pelea.
2. Poseer o usar cualquier producto de tabaco.
3. Poseer, usar, vender y/o distribuir cualquier medicamento narcótico no prescrito, droga alucinógena, anfetamina, barbitúrico, marihuana, bebida alcohólica o intoxicante de cualquier tipo. Se trata de una segunda violación automática para cualquier atleta que distribuye y/o vende drogas o alcohol.
4. Organizar o asistir a una función social de las personas bajo de la edad de 21 donde los productos antes mencionados están en posesión, siendo utilizado, vendido o distribuido. Un atleta debe salir **inmediatamente** de un sitio en el que están presentes el alcohol o las drogas.
5. Mala conducta significativa incluyendo, pero no limitado a asalto, robo o conducir ebrio.

La política y las normas señaladas anteriormente serán utilizados por los entrenadores y la administración para determinar las consecuencias, pero no sustituyen a la política del distrito o las reglas administrativas.

Entiendo y estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Padre/Custodio: Firma X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante Atleta: Firma X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_