

Student's Legal Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Student's Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date of last tetanus shot: \_\_\_\_\_

My child is allergic to the following medications: \_\_\_\_\_

My child has the following allergies: \_\_\_\_\_

Please identify any serious injuries or illnesses your child has had: \_\_\_\_\_

Alternate family member/friend to contact in case of emergency Name: \_\_\_\_\_

Telephone Number (s): \_\_\_\_\_

Primary Care Doctor Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

You understand that the insurance offered by Orange County Public Schools is a secondary policy and will pay only after your personal insurance pays.

Please write "none" if you have no personal insurance on this student.

Primary Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy Number: \_\_\_\_\_

Insurance Company Address: \_\_\_\_\_

You understand if a parent, guardian or student falsifies any signature or information on the emergency medical treatment card, the student will be declared ineligible to participate in any Orange County interscholastic activity for one full calendar year from disclosure date. You further give your permission for appropriate school staff and their designees to render medical treatment or authorize medical treatment by a hospital and/or doctor and agree to hold the School Board and its employees harmless in the administration of such assistance. I hereby acknowledge and certify that I have read the emergency medical document, that I understand and agree with its terms. Florida Statutes (92.525) "Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing and that the facts stated in it are true." I agree to be bound by its terms and I have reviewed and explained the notice with my child.

Signature of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Print Name of Parent/Legal Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
Telephone (H) \_\_\_\_\_ Telephone (W) \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_
Street Address: \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) es alérgico a las siguientes medicinas: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: \_\_\_\_\_

Favor de identificar cualquier lesión seria o enfermedades que su hijo(a) ha tenido: \_\_\_\_\_

Miembro de familia/Amigo alterno que pueda contactarse en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cuidado Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Usted comprende que el seguro ofrecido por las Escuelas Públicas del Condado Orange es una póliza secundaria y pagará sólo después de que haya pagado su seguro personal.

Por favor escriba "ninguno" si no tiene seguro personal para este estudiante.

Compañía Primaria de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Usted comprende que si un padre, encargado o estudiante falsifica cualquier firma o información en la tarjeta para tratamiento médico de emergencia, el estudiante será declarado inelegible para participar en cualquier actividad interescolar del Condado Orange durante un año calendario completo a partir de la fecha del descubrimiento. Usted adicionalmente concede su permiso para que el personal apropiado de la escuela y sus asignados ofrezcan tratamiento médico o autorice tratamiento médico por parte de un hospital y/o médico y acepta librar a la Junta Escolar y sus empleados de responsabilidad en la administración de tal asistencia. Por la presente reconozco y certifico que he leído el documento de evaluación deportiva, que comprendo y acepto sus términos. Estatuto de Florida (92.525) "Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior y que los hechos presentados son verídicos. Acepto estar sujeto a sus términos y he revisado y explicado la notificación a mi hijo(a).

Firma del Padre/Madre/Encargado Legal \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Madre/Encargado Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
Teléfono (H) \_\_\_\_\_ Teléfono (O) \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_