

D. C. Public Schools Department of Athletics

District of Columbia Interscholastic Athletic Association

CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION

To the Principal of _____
Name of School

STUDENT INFORMATION _____
NAME AS IT APPEARS ON BIRTH CERTIFICATE GRADE

_____ DATE OF BIRTH AGE ON JULY 2nd SCHOOL YEAR

RESIDENCE: _____
Street Address

HOME PHONE: _____ 2ND PHONE: _____

STUDENT PARTICIPATION PERMISSION

Participation in competitive athletics may result in severe injury, including paralysis, or death. Improvement in equipment, medical treatment and physical conditioning, as well as rule changes, have reduced these risks, but is impossible to totally eliminate such occurrences from athletics. I hereby give my consent for the above-named student to represent his/her school in athletic activities, including team travel for local or out-of-town trips:

Name of Sport

STATEMENT: Prior to participation in interscholastic programs and/or trips, all students (18 years of age or older) and the parents/guardians of minor student athletes who seek to participate in such programs and/or trips, are required to sign this form and are deemed to have waived all claims against the DC Public Schools, its employees, and the District of Columbia for any injury, accident, or illness occurring during or by reason of participation in an interscholastic athletic program and/or trip. I have read this form and understand the rules contained herein, and that the information supplied is true and correct to the best of my knowledge. I accept the responsibility to inform the school of any future change of this information.

Student's Signature Date

Signature of Legal Parent/Guardian Home/Work Telephone Date

Relationship to Student Cell Phone or Alternate Number

Signature of Legal Parent/Guardian Home/Work Telephone Date

Relationship to Student Email Address

() I am/my child is covered by Medical Insurance () I am not /my child is not covered by Medical Insurance

Students participating in athletic competitions may be photographed during the competition. I, the parent or guardian of the minor applicant, hereby agree that DC Public Schools or its representative, may video tape, photograph, and voice record the herein named minor applicant for media, marketing, or promotional purposes related to his/her participation in the DC Public Schools' Athletic Program. This may include posting online, photo displays and other promotional opportunities.

Signature of Legal Parent/Guardian Home/Work Telephone Date

**Departamento de Atletismo de las Escuelas Públicas de D.C.
Asociación Inter escolar de Atletismo del Distrito de Columbia**

Consentimiento Para la Participación Atlética

Para el director (a) de: _____
Nombre de la escuela

Información del estudiante _____
Nombre como aparece en el certificado de nacimiento

Grado: _____

Fecha de nacimiento

Edad para el 2 de julio

Año Escolar

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Número adicional: _____

PERMISO DE PARTICIPACION PARA ESTUDIANTES

La participación en competencias atléticas puede resultar en heridas graves, incluyendo parálisis o incluso la muerte. Mejoras en el equipo, tratamiento médico y acondicionamiento físico, así como cambios en las reglas del juego, han reducido estos riesgos, pero es imposible eliminar totalmente los riesgos del atletismo. Doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado arriba represente a su escuela en actividades atléticas, incluyendo el viaje del equipo a partidos locales o fuera de la ciudad:

Nombre de deporte

DECLARACIÓN: Previamente a la participación en programas Inter escolares y/o en viajes, todos los estudiantes (de 18 años o mayores) y los padres/guardianes de los estudiantes atletas menores de edad que buscan participar en estos programas y/o viajes, deben firmar este formulario y se considera que han renunciado a todo reclamo frente a las Escuelas Publicas del Distrito de Columbia, sus empleados, y el Distrito de Columbia, por cualquier herida, accidente o enfermedad contraída durante o por razón de participar en el programa atlético Inter escolar y/o en viajes relacionados. He leído este formulario y comprendo las reglas que contiene, y testifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi mayor entendimiento. Acepto toda responsabilidad de informar a la escuela acerca de los cambios futuros sobre la información que he proporcionado.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/guardián

Número de la casa/trabajo

Fecha

Relación con el estudiante

Número adicional

Fecha

Firma del padre/guardián

Número de la casa/trabajo

Fecha

Relación con el estudiante

Correo Electrónico

Yo estoy/mi hijo (a) está cubierto con seguro médico

Yo no estoy/mi hijo (a) no está cubierto con seguro médico

Los estudiantes que participan en competencias atléticas podrán ser fotografiados durante las competencias. Yo, padre y/o guardián del candidato menor de edad, por la presente estoy de acuerdo a que las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia o sus representantes realicen grabaciones en video o de voz, o que fotografien a mi hijo/a menor de edad para propósitos de medios de comunicación, comercio o promociones relacionadas con su participación en el programa de Atletismo de las Escuelas Públicas de DC. Esto incluye la divulgación en Internet, exhibiciones fotográficas y otras oportunidades promocionales.

Firma del padre/guardián

Número de la casa/trabajo

Fecha