

Parental Consent Form (ENGLISH)



Boston Public Schools

Student Participant Parental Consent Form

School: **School Year:**

Student Participant (first): **Last:** **ID#**

Address: **City:** **State:** **Zip:**

Parent/Guardian Name (first): **Last:**

What is the BEST Phone# to reach you in case of an EMERGENCY:

If unavailable during an EMERGENCY Please provide an emergency contact Name, phone number, relationship

Emergency Contact: # **Relationship:**

Boston Public Schools Athletic Department sports programs offering:

Check your child's sports interest (participation is not guarantee)

- Football** **Girls Basketball** **Baseball** **Girls Soccer** **Boys Soccer** **Hockey**
 Volleyball **Boys Basketball** **Track and Field (co-ed)** **Double Dutch (co-ed)**

Medical Questionnaire and Physical Examinations

I hereby stat to the best of my knowledge, my answers to the sports medical questionnaire are complete and correct and submitted to my child's school nurse along with a current (13 months) sports physical examination document. I give permission for my child to participate in Boston Public Schools Athletic Programs. Boston Public Schools and its athletic trainers and associated medical personnel have permission to seek necessary emergency medical treatment for my child during his/her participation in conditioning, practices, play, and game competitions in any an all above checked athletic teams, activities, and programs.

Hold Harmless Agreement & Medical Emergency Treatment/Care

I acknowledge that there are many inherent RISKS and INJURY involved in participating in athletic events. In acknowledgement these RISKS (including, but not limited to injuries to vital joints, ligaments, tendons, organs, muscles, bones, as well as head injuries, neck, and spinal injuries, partial paralysis, brain damage, and even death) and in consideration of the opportunity for my child to participate in the above checked sport(s), I agree to hold Boston Public Schools collectively and individually, its employees, agents, representatives, medical personnel, coaches, and volunteers, including managers and athletic trainers, harmless from any and all liability, actions, causes of actions, debts, claims, or demands, of any kind and nature whatsoever (including attorney fees) which may rise by or in connection with my child's' participation. The terms hereof shall serve as a release and assumption of risk for my heirs, estate, executor, administrator, assignees, and for all members of my family. If needed, I hereby authorize dispensation of medication by non-nursing personnel as provided by my child's medical provider.

Concussion Awareness

I understand that Massachusetts State Laws require parents, guardians, volunteers, and parent volunteers of participating student-athletes in an Boston Public School athletic activity, team, program, or event, to participate in SPORT/HEAD INJURIES and CONCUSSION AWARENESS (online or through written materials) training. By my signature I attest I have completed the training.

Parent/Guardian Signature: **Date:**

De Los Padres Consentimiento (SPANISH)



Escuelas Publicas de Boston

Formulario de consentimiento De los padres de estudiantes participantes

Escuelas: **Año escolar:**

Estudiante Participante Nombre: **Apellido:** **ID#**

Dirección: **Ciudad:** **Estado:** **Código postal**

Padre / guardian Nombre: **Apellido:**

Cuál es el mayor # teléfono para ponerse en contacto con usted en caso de EMERGENCIA?

Si no está disponible durante una emergencia, por favor proporcione un nombre de contacto de emergencia, número de teléfono, relación

Contacto de Emergencia: # **Relación:**

Programas deportivos ofrecidos por Departamento atletico de las escuelas publicas de Boston:

(seleccione los intereses deportivos de su hijo/a - la selección no garantiza participación)

- Fútbol Americano Baloncesto Femenion Béisbol Fútbol Femenion Hockey Fútbol Masculino
- Voleibol Baloncesto Masculino Track & Field (co-ed) Double Dutch (co-ed)

Cuestionario médico y exámenes físicos

Por este medio declaro que las respuestas del cuestionario médico deportivo son correctas y fueron completas a lo mejor de mi conocimiento. También declaro que el cuestionario fue presentado a la enfermera de la escuela de mi hijo, junto con un documento reciente (dentro los últimos 13 meses) de examen físico para participación en deportes. Yo doy permiso para que mi hijo participe en los programas atléticos de las Escuelas Públicas de Boston. Las Escuelas Públicas de Boston y sus entrenadores físicos y personal médico tienen permiso de procurar tratamiento médico de emergencia para mi hijo cuando sea necesario durante su participación en el condicionamiento, prácticas, juegos y competiciones de los deportes, actividades y programas atléticos mencionados arriba.

Acuerdo de Tratamiento Médico de Emergencia y eliminación de responsabilidad

Reconozco que hay muchos RIESGOS y POSIBILIDAD de LESIONES asociados con la participación en eventos atléticos. Siendo consciente de estos riesgos (incluyendo, pero no limitado a las lesiones de articulaciones vitales, ligamentos, tendones, órganos, músculos, huesos, lesiones en la cabeza, el cuello en la columna, parálisis parcial, daño cerebral y muerte) y considerando la oportunidad para que mi hijo participe en el deporte indicado, estoy de acuerdo con lo siguiente: De mantener la Fundación de Boston, colectiva e individualmente, sus empleados, agentes, representantes, personal médico, entrenadores, voluntarios, administradores, de cualquier y toda responsabilidad, acciones, causas de las acciones, deudas, reclamos o demandas de cualquier tipo y naturaleza que puede elevarse por o en conexión con la participación de mi hijo en programas atléticos. Estos términos servirá de lanzamiento y asunción de riesgo para mis herederos, raíces, albacea, administrador, cesionarios, y para todos los miembros de mi familia. Si es necesario, autorizo la dispensación de medicamentos por parte de personal de la escuela como sea indicado por el proveedor médico de mi hijo.

Comprensión De Las Conmociones Cerebrales

Yo entiendo que las leyes del estado de Massachusetts requieren que los padres, tutores, voluntarios y padres voluntarios de estudiantes-atletas participen en entrenamiento para aprender sobre LESIONES DE CABEZA y CONMOCIÓN CEREBRAL (por través del internet o documentos escritos). Con mi firma declare que he completado el entrenamiento.

Firma del padre / guardian: **Fecha:**