

Trinity Basin Preparatory

Athletic Participation Acknowledgment

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

It is understood that even though protective equipment is worn by the athlete whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the Texas Charter School Academic and Athletic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs.

If, in the judgment of any representatives of the school, the above student needs immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given to said student by any physician, licensed athletic trainer, nurse, hospital, or school representative; and I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school representative from any claim by any person whomsoever on account of such care and treatment of said student.

I have been provided with and read the information regarding concussions from the UIL Parent Information Manual.

Your signature below gives authorization that is necessary for the school, its coaches, associated physicians and insurance personnel to share information concerning medical diagnosis and treatment for your student.

Name of Parent/Guardian: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

I have been provided with and read the information regarding concussions from the UIL Parent Information Manual.

Signature of Student: _____ Date: _____

Reconocimiento de la Participación Deportiva

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Se entiende que aunque el deportista/atleta use equipo de protección cada vez que sea necesario, aún cabe la posibilidad de que ocurran accidentes. Ni la Escuela Académica Texas Chárter y liga Atlética ni la escuela asumirán responsabilidad en caso de accidente.

Si, a juicio de todo representante escolar, el estudiante anteriormente mencionado necesita cuidado y tratamiento inmediato debido a una lesión o por enfermedad, por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento para que dicho cuidado y tratamiento sea administrado a dicho estudiante por un medico, un entrenador de deportistas/atletas con licencia, un enfermero, un hospital un o representante escolar; y por este medio acepto indemnizar y no dañar a la escuela y cualquier representante escolar de algún reclamo de cualquier persona quien tenga el cuidado o tratamiento de dicho estudiante.

He recibido y leído la información sobre las conmociones cerebrales en el manual de información para padres UIL.

Su firma abajo proporciona la autorización necesaria para que la escuela, sus entrenadores, médicos asociados y personal de seguro compartan toda información referente a diagnósticos y tratamiento médicos para su estudiante.

Nombre del padre / tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

He recibido y leído la información sobre las conmociones cerebrales en el manual de información para padres UIL.

Firma de Estudiante: _____ Fecha: _____