



Distrito Escolar Poudre 2407  
LaPorte Ave  
Fort Collins, CO 80521  
(970) 482-7420

## 2018-19 Certificado médico del estado físico del estudiante para participar en atletismo en la Escuela Intermedia

*Este formulario, al igual que el PERMISO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES PARA PARTICIPAR EN ATLETISMO, se debe llenar y presentar a la escuela en donde se participará en atletismo, tal como se designe más adelante, con anterioridad a que al estudiante se le permita participar o competir en el/los deporte(s) escolar(es).*

### Información del estudiante – La debe llenar el estudiante o el padre o tutor legal.

Nombre del estudiante (Apellido, 1.er nombre, iniciales del 2.º nombre) \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

Masculino

Femenino

Domicilio del estudiante \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Escuela en donde participa en atletismo \_\_\_\_\_

Nombre de el/los padre(s) de familia o tutor(es) legal(es) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### Physician's Certification (Certificado médico)

*I certify that I have examined the above-named student and find the student physically fit to fully participate in the school sport(s) listed below, except those crossed out, without restriction:*

(Certifico que he examinado al estudiante que se menciona anteriormente, y le encuentro en buena forma física para participar plenamente, sin ninguna restricción, en el/los deporte(s) escolar(es) que se enumera(n) a continuación, a excepción de los que se hayan tachado:)

Baloncesto  
(Basketball)

Fútbol  
(Football)

Tenis  
(Tennis)

Softbol  
(Softball)

Lucha libre  
(Wrestling)

A campo traviesa  
(Cross Country)

Golf

Pista y campo  
(Track & Field)

Voleibol  
(Volleyball)

Additional Comments (Comentarios adicionales):

Date of Examination (Fecha del examen) \_\_\_\_\_ (Valid for 365 days unless rescinded) (Válido por 365 días, a menos que se anule.)

Physician Name (Printed)  
[Nombre del médico (Escribir en letra imprenta.)]

Phone Number  
(Número de teléfono)

Physician Signature  
(Firma del doctor)

Date  
(Fecha)