



Inza R. Wood Middle School
 11055 SW Wilsonville Rd, Wilsonville, OR. 97071
 Phone Number: 503-673-7500

Emergency Information

This form MUST be completed and returned to the office before the first day of practice.

Please check all the sports you will be participating in this school year.

Fall: _____ Cross Country

Spring: _____ Track

Student's Name: _____ Birthdate: _____ Grade: _____

Parent(s) Name: _____ Phone #: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Emergency Contact: (If parents can't be reached)

Name: _____ Relationship: _____ Phone #: _____

Student's Doctor: _____ Phone #: _____

Student's Dentist: _____ Phone #: _____

Preferred Hospital: _____ Date of Last Tetanus Vaccine: _____

Health History: (Please check all conditions that apply and explain below)

____ Seizure Disorder

____ Heart Disease

____ Diabetes

____ Asthma

____ Life Threatening Allergy

____ Other Health Concerns

____ Chronic Conditions

If Yes, Please explain: _____

Yes ___ No ___ We give consent for coaches to use their own judgment in securing medical aid in case the parents can't be reached.

Insurance Agreement: In order to assure financial protection in case of injuries, which may occur, it will be necessary for your son/daughter to have medical insurance. If you have your own policy, please consult your agent to determine exact coverage before indicating that your student has the necessary protection. For those who do not have insurance that covers interscholastic sports, the West Linn/ Wilsonville SD has contracted the Oregon School Board Association for student insurance for the current school year. Information is available at each school.

____ My child has adequate insurance.

Insurance Company Name: _____

Policy Number: _____

____ My child is covered under the School District Student Insurance.

Parent Signature: _____ **Date:** _____

COACHES: You must have this form with you during ALL PRACTICES AND GAMES.



Inza R. Wood Middle School
 11055 SW Wilsonville Rd, Wilsonville, OR. 97071
 Phone Number: 503-673-7500

Información de Emergencia
Este formulario debe estar COMPLETA y regresará a la oficina antes de la primera práctica.

Por favor de marcar todos los deportes que van a participar en este año escolar.

Otoño: _____ **A Campo Travesía**

Primavera: _____ **Pista**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre(s) de los padre(s): _____ Número de teléfono: _____
 Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: (En caso que no se pueda contactar a los padres)

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del doctor del estudiante: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del dentista del estudiante: _____ Numero de telefono: _____
 Hospital de preferencia: _____ Fecha de la última vacuna del tetanos: _____

Historial médico: (Por favor de marcar todas las condiciones que se aplican y de explicar)

_____ Trastorno Convulsivo _____ Cardiopatía(Enfermedad del corazón) _____ Diabetes _____ Asma
 _____ Alergia grave _____ Otras condiciones médicas _____ Condiciones crónicas

Si contesto si, por favor de explicar: _____

Si _____ No _____ Damos nuestro consentimiento para que los entrenadores usen su mejor juicio en asegurar atención médica en caso que no se puedan contactar a los padres.

Acuerdo de aseguranza: Para asegurar protección financiera en caso de lesiones que puedan ocurrir, será necesario que su hijo/a tenga un seguro médico. Si tiene su propia póliza, consulte a su agente para determinar la cobertura exacta antes de indicar que su estudiante tiene la protección necesaria. Para aquellos que no tienen un seguro que cubra los deportes interescolares, West Linn/Wilsonville SD ha contratado a la Asociación de la Junta Escolar de Oregon para el seguro estudiantil para el año escolar actual. La información está disponible en cada escuela.

_____ Mi hijo(a) tiene seguro adecuado
 Nombre de la Compañía de Aseguranza : _____
 Número de Póliza: _____
 _____ Mi hijo(a) está cubierto por el seguro estudiantil del distrito escolar.

Firma de los padres: _____ **Fecha:** _____

ENTRENADORES: Deben tener este formulario contigo durante TODAS LAS PRÁCTICAS Y PARTIDOS.

