

PARENTAL INSURANCE INFORMATION AND WAIVER

STUDENT NAME _____

FAMILY PHYSICAL _____

OFFICE PHONE _____

PARENT/GUARDIAN NAME _____

MEDICAL HEALTH INSURANCE COMPANY _____

MEMBERSHIP OR GROUP POLICY NUMBER _____

EMERGENCY CONTACT OTHER THAN PARENT _____

RELATIONSHIP TO STUDENT _____ PHONE _____

PARENTS PLEASE READ CAREFULLY: The Kansas City, Kansas Public School District does not purchase accident insurance to cover injuries incurred by your child while participating in interscholastic sports. All students participating in interscholastic sports in the Kansas City Kansas Public School District **must have medical insurance coverage before participating in interscholastic sports, including practices.** The above medical insurance information, a current physical examination, and other athletic forms required by each school, must be on file in the athletic director's office prior to participation in interscholastic sports.

If your child **does not have** medical insurance, be advised that Student Assurance Services, Inc., a private business, provides medical insurance coverage. Information about Student Assurance Services, Inc. medical insurance coverage plan is available at your child's school. Coverage would be for the **2018-2019** school year and is not effective until the enrollment form, along with payment, is received by the schools' athletic director.

INSURANCE WAIVER

PARENT OR GUARDIAN MUST CHECK EITHER 1, 2, OR 3 LISTED BELOW

___ 1. My child is insured under the named medical insurance company and membership or group policy number is listed above.

___ 2. I decline insurance and assume all the risk.

___ 3. I am insuring my child under the Student Assurance Services, Inc. Insurance program offered through the district. A completed enrollment form with payment is attached.

I, the undersigned, am the parent and/or guardian of the student identified above, have carefully reviewed this document. I understand that accident may occur in athletics even though normal acceptable safety precautions have been taken. I have provided school officials with my child's medical insurance coverage information and a current physical examination. My child is physically able to participate in interscholastic sports and has my permission to practice and compete in the school's interscholastic program.

Parent/ Guardian Signature

Date

Note: This sheet, along with a current physical examination form and other athletic forms provided by each school, must be on file with the athletic director's office before participation will be allowed.

INFORMACION Y EXONERACION SOBRE SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

MEDICO FAMILIAR _____ TEL. CONSULTORIO _____

NOMBRE PADRE/GUARDIAN _____

COMPAÑIA DE SEGURO MEDICO _____

MEMBRESIA O NUMERO DE PÓLIZA _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (ADEMAS DE LOS PADRES) _____

PARENTESCO _____ TEL _____

PADRES: FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE: El Distrito Escolar de Kansas City, Kansas no compra seguro de accidentes para cubrir lesiones que le puedan ocurrir a un estudiante mientras que participa en deportes escolares. Todos los estudiantes que participen en deportes escolares en el Distrito Escolar de Kansas City, Kansas. **Deben tener cobertura médica antes de participar en deportes entre las escuelas, incluyendo entrenamientos.** La información de seguro médico, un examen físico actual y otros formularios deportivos que requiera cada escuela deben estar archivados en el departamento del director deportivo antes de poder participar en deportes escolares.

Si su hijo **no cuenta con** seguro médico, tenga presente que Student Assurance Services, Inc., una compañía privada, provee cobertura de seguro médico a un costo. La información sobre el plan de cobertura médica mediante Student Assurance Services, Inc. está disponible en la escuela a la asiste su hijo. La cobertura sería para el **año escolar 2018-2019** y entra en vigencia hasta que el formulario de inscripción, junto con el pago, lo reciba el director atlético de la escuela.

EXONERACION DE SEGURO

EL PADRE O GUARDIAN DEBE MARCAR NUMERO 1 ó 2

- ___ 1. Estoy proporcionando seguro médico para mi hijo bajo el programa Student Assurance Services, Inc. que es un programa de seguro médico que se ofrece mediante el distrito. Anexo el formulario completo de inscripción junto el pago correspondiente.
- ___ 2. Mi hijo cuenta con seguro médico bajo la compañía que indico y la membresía o número de póliza se lista arriba.
- ___ 3. Rechazo el seguro médico y asumo todos los riesgos.

Yo el signatario, soy el padre o guardián legal del estudiante identificado arriba. Confirmando que he leído cuidadosamente este documento y entiendo que pueden ocurrir accidentes en los deportes, incluso cuando se hayan tomado medidas de precaución normales y aceptables. Mediante la presente les proporciono a las autoridades escolares la información del seguro médico de mi hijo, junto con un examen físico actualizado. Mi hijo es físicamente capaz de participar en deportes en la escuela y tiene mi autorización para entrenar y competir en el programa deportivo de las escuelas.

Firma del padre/guardian

Fecha

Nota. Este document, junto con el examen fisico actualizado y otros documentos deportivos que proporciona cada escuela, deben estar archivados en el departamento del Director Atletico antes que se permita la particiación del estudiante en las actividades deportivas.