

I give my child, _____ Grade _____

Permission to attend Legarza After-School Sports.

I understand that personal injury can and may occur to my child, and I hereby authorize consent to emergency medical attention for my child as needed; and I further agree to be liable for and to pay all costs incurred in connection with such medical attention.

The following is all of the insurance information, restrictions, allergy and medication information necessary for my child to receive appropriate medical care.

(Parent Written Name) (Parent Signature) (Date)

(Email) (Phone Number)

(Emergency Contact Name and Phone Number)

Doy a mi hijo (a), _____ Grado _____

Permiso para asistir a Legarza After-School Sports.

Entiendo que le puede ocurrir un accidente a mi hijo(a), por lo que otorgo permiso para que reciba atención médica de emergencias si lo necesita; además me comprometo a cubrir los gastos que se incurran por dicha emergencia.

La siguiente información médica, incluyendo restricciones, alergías y medicamentos es todo lo que se podría necesitar para que mi hijo(a) recibiera la atención médica apropiada.

(Escribe nombre) (Firma del padre o tutor) (Fecha)

(Email) (Número de teléfono)

(Contacto de emergencia y su número de teléfono)