

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

SCHOOL YEAR 20____ - 20____

Physical Date _____

NAME _____ GRADE _____ DATE OF BIRTH _____
Last First Middle Initial

Present Address _____ Telephone _____

Parents' Place of Employment _____

Family Physician _____ Family Dentist _____

Name of Private Insurance Carrier _____ Telephone _____

Subscriber Member Name (Primary Insured) _____

1. I hereby give my permission for the above named student to practice and compete and represent the school in WIAA approved sports.
2. I also attest to the fact that the above named student has had no injury or illness serious enough to warrant a medical evaluation prior to participating this school year.
3. Pursuant to the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the regulations promulgated thereunder (collectively known as "HIPAA"), I authorize health care providers of the student named above, including emergency medical personnel and other similarly trained professionals that may be attending an interscholastic event or practice, to disclose/exchange essential medical information regarding the injury and treatment of this student to appropriate school district personnel such as but not limited to: Principal, Athletic Director, Athletic Trainer, Team Physician, Team Coach, Administrative Assistant to the Athletic Director and/or other professional health care providers, for purposes of treatment, emergency care and injury record-keeping.
4. It is recommended that information regarding your child's allergies and prescribed medication be made available.

PARENT: If there is any question that this student may not be qualified for athletic competition without, at least, a partial re-evaluation, contact your medical advisor before signing card.

SIGNATURE OF PARENT _____ DATE _____

ALL STUDENTS PARTICIPATING IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS MUST HAVE THIS ALTERNATE YEAR CARD ON FILE AT THEIR SCHOOL PRIOR TO PRACTICE OR PARTICIPATION

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

SCHOOL YEAR 20____ - 20____

Physical Date _____

NAME _____ GRADE _____ DATE OF BIRTH _____
Last First Middle Initial

Present Address _____ Telephone _____

Parents' Place of Employment _____

Family Physician _____ Family Dentist _____

Name of Private Insurance Carrier _____ Telephone _____

Subscriber Member Name (Primary Insured) _____

1. I hereby give my permission for the above named student to practice and compete and represent the school in WIAA approved sports.
2. I also attest to the fact that the above named student has had no injury or illness serious enough to warrant a medical evaluation prior to participating this school year.
3. Pursuant to the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the regulations promulgated thereunder (collectively known as "HIPAA"), I authorize health care providers of the student named above, including emergency medical personnel and other similarly trained professionals that may be attending an interscholastic event or practice, to disclose/exchange essential medical information regarding the injury and treatment of this student to appropriate school district personnel such as but not limited to: Principal, Athletic Director, Athletic Trainer, Team Physician, Team Coach, Administrative Assistant to the Athletic Director and/or other professional health care providers, for purposes of treatment, emergency care and injury record-keeping.
4. It is recommended that information regarding your child's allergies and prescribed medication be made available.

PARENT: If there is any question that this student may not be qualified for athletic competition without, at least, a partial re-evaluation, contact your medical advisor before signing card.

SIGNATURE OF PARENT _____ DATE _____

ALL STUDENTS PARTICIPATING IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS MUST HAVE THIS ALTERNATE YEAR CARD ON FILE AT THEIR SCHOOL PRIOR TO PRACTICE OR PARTICIPATION

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

SCHOOL YEAR 20____ - 20____

Physical Date _____

NAME _____ GRADE _____ DATE OF BIRTH _____
Last First Middle Initial

Present Address _____ Telephone _____

Parents' Place of Employment _____

Family Physician _____ Family Dentist _____

Name of Private Insurance Carrier _____ Telephone _____

Subscriber Member Name (Primary Insured) _____

1. I hereby give my permission for the above named student to practice and compete and represent the school in WIAA approved sports.
2. I also attest to the fact that the above named student has had no injury or illness serious enough to warrant a medical evaluation prior to participating this school year.
3. Pursuant to the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the regulations promulgated thereunder (collectively known as "HIPAA"), I authorize health care providers of the student named above, including emergency medical personnel and other similarly trained professionals that may be attending an interscholastic event or practice, to disclose/exchange essential medical information regarding the injury and treatment of this student to appropriate school district personnel such as but not limited to: Principal, Athletic Director, Athletic Trainer, Team Physician, Team Coach, Administrative Assistant to the Athletic Director and/or other professional health care providers, for purposes of treatment, emergency care and injury record-keeping.
4. It is recommended that information regarding your child's allergies and prescribed medication be made available.

PARENT: If there is any question that this student may not be qualified for athletic competition without, at least, a partial re-evaluation, contact your medical advisor before signing card.

SIGNATURE OF PARENT _____ DATE _____

ALL STUDENTS PARTICIPATING IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS MUST HAVE THIS ALTERNATE YEAR CARD ON FILE AT THEIR SCHOOL PRIOR TO PRACTICE OR PARTICIPATION

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno

SCHOOLYEAR 20 - 20 Año Escolar 20 - 20

Fecha _____

NOMBRE _____ GRADO _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Dirección Actual _____ Teléfono _____

Sitio de Trabajo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza y Dirección _____

- 1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA.
2. Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.
3. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
4. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha _____

Todos los estudiantes participando en atletismo interescolar deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participación.

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno

SCHOOLYEAR 20 - 20 Año Escolar 20 - 20

Fecha _____

NOMBRE _____ GRADO _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Dirección Actual _____ Teléfono _____

Sitio de Trabajo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza y Dirección _____

- 1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA.
2. Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.
3. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
4. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha _____

Todos los estudiantes participando en atletismo interescolar deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participación.

WISCONSIN INTERSCHOLASTIC ATHLETIC ASSOCIATION ALTERNATE YEAR ATHLETIC PERMIT CARD

Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno

SCHOOLYEAR 20 - 20 Año Escolar 20 - 20

Fecha _____

NOMBRE _____ GRADO _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo

Dirección Actual _____ Teléfono _____

Sitio de Trabajo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre del Seguro _____

Número de Póliza y Dirección _____

- 1. Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA.
2. Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.
3. Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.
4. Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

FIRMA DEL PADRE _____ Fecha _____

Todos los estudiantes participando en atletismo interescolar deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participación.