

Formulario de contactos de emergencia de los atletas

Información del estudiante atleta:

Nombre del estudiante-atleta: _____

Deporte/s en el/los que participa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Año en la escuela (marque con un círculo) 9 10 11 12

Información de contactos de emergencia: Por favor, incluya información sobre las personas que sean su contacto principal y su contacto alternativo que puedan ser contactadas en caso de emergencia.

Contacto principal: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Contacto alternativo: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Ubicación del médico de atención primaria: (Por favor, marque con un círculo)

Door County Medical Center Bellin Health Care Aurora Health Care Otro centro

Nombre del médico: _____

Condiciones/problemas de salud: Por favor, enumere todos los problemas de salud que pueda tener el estudiante atleta (ej: asma, alergias, etc.)

Medicaciones: Por favor, enumere todas las medicaciones que esté tomando el estudiante atleta en la actualidad.

