



Public Schools Athletic League

Interscholastic Athletics Parental Consent Form

Students Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

High School: \_\_\_\_\_

Official Class: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

OSIS Number: \_\_\_\_\_

- 1. I, the parent/guardian of the student named above, hereby, give permission for my child to try out for the team indicated, and participate in all of the team's activities, as directed by the school/coach. I understand that my child's participation in this activity is purely voluntary. However, if selected, I understand that my child will be required to attend regularly scheduled practices and competitions throughout the City of New York. Initial \_\_\_\_\_
2. I understand that my child will meet all PSAL practice and participation requirements. Initial \_\_\_\_\_
3. I understand that my child is responsible for his/her behavior at all time, and agree not to hold the school or any of its employees responsible for any expenses or damages incurred as a result of my child's behavior. I also understand that any violation of the school's code of discipline may result in exclusion from the team. Initial \_\_\_\_\_
4. I understand that it is necessary for my child to have an approved medical certificate for school competition on file in the school before trying out, practicing or competing in interscholastic athletic activities. I agree to inform the school of any change in my child's medical or physical condition which develops or is discovered at any time after the date this document is signed. Initial \_\_\_\_\_
5. I understand that with the participation in sports comes the risk of injury, particularly with contact sports. Such injuries may include, but not be limited to, concussions, and injury to bones, neck, spine or internal organs. I understand the risks involved and expressly agree to accept all the risks existing in the sport in which my child will be participating. Initial \_\_\_\_\_
6. I have received and read the "Concussion information Sheet". I agree to thoroughly read through the information sheet and report to the school if there is any change in my child medical condition. Initial \_\_\_\_\_
7. I agree that in the event of injury or illness, the staff member in charge of the team may act in my behalf and at my expense in obtaining medical treatment for my child. Initial \_\_\_\_\_
8. I agree to be responsible for the return of all equipment issued by the school to him/her. Initial \_\_\_\_\_
9. I understand and give permission for my child to travel unaccompanied on public transportation or accompanied on a DOE approved bus to and from all scheduled practices and competitions. Initial \_\_\_\_\_
10. I hereby give permission for my child's photograph and information about my child's performance in PSAL activities, together with my child's name, school and grade level to be put on the www.PSAL.org website, in accordance with the policies set forth in the DOE's Internet Acceptable Use Policy. Initial \_\_\_\_\_
11. I understand that the information to be posted does not include information from my child's academic, guidance, permanent or cumulative record (i.e. grades or attendance records). I also understand that the information to be posted does not include other personally identifiable information such as my child's address, telephone number or social security number. Initial \_\_\_\_\_
12. I hereby give permission for my child to be interviewed, videotaped and/or photographed by the media as it pertains to PSAL athletic contests. I also hereby release the Department of Education of the City of New York, and its agents and employees, from all claims, demands, liabilities whatsoever in the connection with the above. Initial \_\_\_\_\_
13. I hereby release, discharge, the New York City Department of Education, the City of New York, the New York City Public Schools Athletic League, and their employees of all claims, demands or causes of action which are in any way connected with my child's participation in this activity, except if such claims arise out of the gross negligence or willful misconduct of the New York City Department of Education, the City of New York, the New York City Public Schools Athletic League or their employees. Initial \_\_\_\_\_

In case of emergency, please contact me at: ( ) \_\_\_\_\_ or ( ) \_\_\_\_\_

PRINT - PARENT/GUARDIAN

SIGNATURE

DATE

I have found the medical certificate submitted by student and parent to be acceptable.

TEACHER/COACH SIGNATURE

DATE

**Liga Deportiva de las Escuelas Públicas**

**Permiso de los padres para deportes interescolares**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela secundaria: \_\_\_\_\_ Clase oficial: \_\_\_\_\_

Deporte: \_\_\_\_\_ Número de OSIS: \_\_\_\_\_

1. Por medio de la presente, yo, padre/madre/tutor del alumno cuyo nombre figura más arriba, autorizo a mi hijo a participar en las pruebas de selección del equipo indicado y todas las actividades del equipo, tal como lo disponga la escuela o el entrenador. Entiendo que la participación de mi hijo en esta actividad es puramente voluntaria. Sin embargo, si se le secciona, comprendo que mi hijo tendrá que asistir a las prácticas programadas normalmente y a competencias en toda la ciudad. **Inicial** \_\_\_\_\_
2. Entiendo que mi hijo cumplirá con todos los requisitos de participación y de prácticas de PSAL. **Inicial** \_\_\_\_\_
3. Entiendo que mi hijo es responsable de su comportamiento en todo momento, y me comprometo a no responsabilizar ni a la escuela ni a ninguno de sus empleados por cualquier daño o gasto que resulte del comportamiento de mi hijo. También entiendo que cualquier quebrantamiento del Código de Disciplina escolar puede tener como consecuencia la expulsión del equipo. **Inicial** \_\_\_\_\_
4. Entiendo que es necesario que mi hijo cuente con un certificado médico aprobado para competencias escolares en el archivo de la escuela antes de presentarse a la prueba de selección, participar o competir en las actividades deportivas interescolares. Conuerdo que informaré a la escuela sobre cualquier cambio en el estado físico o de salud de mi hijo, que se detecte o se desarrolle en cualquier momento después de la fecha en que se firme este documento. **Inicial** \_\_\_\_\_
5. Entiendo que la participación en estos deportes conlleva el riesgo de lesiones, particularmente con deportes de contacto físico. Entre dichas lesiones se pueden encontrar, conmociones cerebrales y lesiones en los huesos, cuello, columna vertebral u órganos internos. Entiendo los riesgos relacionados y expresamente demuestro mi conformidad con todos los riesgos que existen en el deporte en el cual mi hijo participará. **Inicial** \_\_\_\_\_
6. He recibido y leído la "Información sobre Conmociones Cerebrales". Expreso mi consentimiento para leer minuciosamente la hoja informativa y para dar a conocer a la escuela si existiese algún cambio en el estado de salud de mi hijo. **Inicial** \_\_\_\_\_
7. Acuerdo que en caso de lesión o enfermedad, los miembros del personal a cargo del equipo pueden actuar en mi nombre y a mis expensas, a fin de obtener tratamiento médico para mi hijo. **Inicial** \_\_\_\_\_
8. Convento responsabilizarme para devolver el equipo que la escuela le haya prestado. **Inicial** \_\_\_\_\_
9. Entiendo y autorizo a mi hijo para viajar sin compañía en transporte público o acompañado en un autobús autorizado por el DOE tanto para ir como para regresar de todas las prácticas y competencias programadas. **Inicial** \_\_\_\_\_
10. Por medio de la presente expreso mi consentimiento para que se publiquen en el sitio web [www.PSAL.org](http://www.PSAL.org) las fotografías de mi hijo y la información sobre su desempeño en las actividades de la liga deportiva PSAL, junto con el nombre, grado y escuela de mi hijo, de acuerdo con las normas dictaminadas en el reglamento Política de Uso Aceptable de Internet del DOE. **Inicial** \_\_\_\_\_
11. Entiendo que la información que se publicará no incluye la información en los informes académicos, de asesoramiento, permanentes o integrales de mi hijo (por ejemplo, las calificaciones, o el récord de asistencia). También entiendo que la información que se publicará no incluye información que permita la identificación personal de mi hijo, tal como la dirección, número de teléfono o número de seguro social de mi hijo. **Inicial** \_\_\_\_\_
12. Por medio de la presente autorizo a mi hijo para que participe de entrevistas, filmaciones y fotografías tomadas por los medios, en lo concerniente a los torneos o competencias de la liga deportiva PSAL. Por medio de la presente además eximo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y a sus representantes y empleados de todo reclamo, demanda y responsabilidad alguna en relación con lo que figura más arriba. **Inicial** \_\_\_\_\_
13. Por medio de la presente eximo y exonero al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, a la Ciudad de Nueva York, a la Liga Deportiva de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York y a sus empleados de todo reclamo, demanda o actuación legal que estuviere de cualquier forma relacionada con la participación de mi hijo en estas actividades, excepto que tales reclamos se basen en la negligencia crasa o en la conducta inapropiada intencional del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, de la Ciudad de Nueva York, de la Liga Deportiva de Escuelas Públicas de la Ciudad de Nueva York o de sus empleados. **Inicial** \_\_\_\_\_

En caso de urgencia, sean tan amables de comunicarse conmigo al ( ) \_\_\_\_\_ o ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PADRE/MADRE/TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

He considerado aceptable el certificado médico presentado por el alumno.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MAESTRO/ENTRENADOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**