

New Heights Academy
CHARTER SCHOOL



Interscholastic Athletic Parental Consent Form

Student's Name _____

Date of Birth _____ Current Grade _____

Sport _____ Season _____

I, the parent/guardian of the student named above, hereby give permission for my child to tryout for the sport indicated, and participate in all of the team's activities, as directed by the school/coach. I understand that my child will be obligated to attend regularly scheduled practices and competitions throughout the City of New York.

I understand that my child is responsible for her/his 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.

I understand that it is necessary for my child to be of sound health 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.

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.

I agree to be responsible for the return of all equipment issued by the school to him/her.

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. I understand that athletics are an after school activity and hereby grant an extension of the previously signed "walking field trip" permission slip that gives my permission for my child to leave school in the care of a coach or other school representative.

I hereby give permission for my child's photograph to be used in any way deemed acceptable by NHACS as related to our athletic program. I also hereby release NHACS, and its agents and employees, from all claims, demands, and liabilities in connections with the above.

In an emergency, please contact me at () _____ or () _____

Name of Parent/Guardian (Print) _____

Signature _____ Date _____

New Heights Academy
CHARTER SCHOOL



Inter-Escolar Atletismo y Formulario de Consentimiento para los Padres

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado actual : _____

Deporte: _____ Temporada Deporte: _____

Yo, el padre del estudiante, doy permiso a mi hijo/a para las audiciones para el deporte indicado, y participar en todas las actividades del equipo, según las indicaciones de la escuela y entrenador. Entiendo que mi hijo estará obligado a asistir a las prácticas regulares y juegos en toda la ciudad de Nueva York.

Entiendo que mi hijo es responsable de su comportamiento en todo momento, y concuerda en no tener la escuela ni cualquiera de sus empleados responsables de ningún gasto ni daños contraídos a consecuencia de la conducta de mi niño. Yo también comprendo que cualquier infracción del código de la escuela de disciplina puede tener como resultado exclusión del equipo.

Comprendo que mi hijo/a este en buena salud antes del las audiciones para el deporte, practicando o para competir en actividades atléticas inter-escolar. Concuerdo en informar la escuela de cualquier cambio en mi hijo/a médico o el estado físico. Antes de la fecha este documento sea firmado.

Estoy de acuerdo en que, en caso de lesión o enfermedad, el funcionario a cargo del equipo puede actuar en mi nombre a mi costo y en cual quier tratamiento médico para mi hijo.

Estoy de acuerdo en ser responsable de la devolución de todo el equipo entregado por la escuela para él / ella.

Yo entiendo y doy permiso a mi hijo/a a viajar sin acompañante en el transporte público o ir acompañada de un autobús escolar que esta aprobado por el departamento de la educación. También el estudiante tiene que ir a todas las prácticas programadas y juegos. Entiendo que el atletismo es una actividad después de la escuela y conceder una prórroga del firmado que le da permiso a mi hijo/a a dejar la escuela en el cuidado de un entrenador o representante de la escuela.

Yo doy permiso para que la fotografía de mi hijo/a sea utilizado en modo alguno considerado aceptable por NHACS en relación a nuestro programa deportivo. También la NHACS queda liberada, sus agentes y empleados, de todos los reclamos, demandas y responsabilidades en conexión con lo describió anterior.

1818 Amsterdam Avenue ♦ New York, New York 10031 ♦ 212-283-5400 ♦ 917-507-9314 (fax)

Where success happens every day! ¡Dónde el éxito ocurre cada día!

New Heights Academy
CHARTER SCHOOL



LIABILITY RELEASE AND EMERGENCY MEDICAL CARE FORM

LIABILITY WAIVER (To be completed by the parent or guardian)

Student's Name _____ Date of Birth _____

I give permission for my daughter/son, _____, to participate in the New Heights Academy Charter School (NHACS) Athletic Program. I am fully aware that some program activities can be dangerous and may result in serious injury. Knowing, understanding, and fully appreciating all possible risks and dangers, I hereby expressly, voluntarily, and willingly allow my daughter/ son's participation in the NHACS Athletic Program activities. In consideration of my daughter/son's participation, I hereby waive all claims or causes of action against New Heights Academy Charter School, its officers, directors, employees, and agents from all liability in connection therewith. Furthermore, I give any New Heights Academy Charter School parent, faculty, and/or staff present at the program permission to seek out emergency medical attention for my daughter/son in the event that she/he becomes injured.

EMERGENCY MEDICAL CARE

1. Health/Insurance Information:

Student's Doctor _____ Insurance Company _____

Phone _____ Policy Holder's ID _____

Allergies _____ Religious Preference (optional) _____

Last Tetanus _____ Medication(s) being taken _____

Doctor's Address _____

Additional Comments _____

2. If my child requires emergency medical care and I cannot be reached, I give my consent to New Heights Academy Charter School to obtain the necessary medical care for my child. I agree to pay all of the costs associated with the emergency medical care that my child receives. I understand that every effort will be made to contact me before and after care is provided.
3. I understand that this consent will be in effect as of the date of my signing this form and will continue as long as my child is enrolled in New Heights Academy Charter School during the 2016-17 school year.
4. To my knowledge, my child is healthy, physically fit and able to participate in the contact sports. My child has no medical conditions that would affect his/her participation.

Parent Signature _____ Date _____

Print Parent Name _____ Telephone _____

New Heights Academy
CHARTER SCHOOL



LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FORMULARIO DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA

RENUNCIO DE RESPONSABILIDAD (Para ser completado por el padre o guardián)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Doy permiso a mi hija/hijo, _____, a participar en el programa de béisbol de New Heights Academy Charter School. Estoy totalmente consciente que algunas actividades del programa pueden ser peligrosas y pueden causar heridas serias. Con conocimiento total y apreciación de todos los riesgos posibles y peligros, yo por este medio expresamente, voluntariamente, y con mucho gusto permito a mi hijo/a participar en los programas de actividades de New Heights Academy Charter School. En consideración por la participación de mi hijo/a; por este medio renuncio todas las reclamaciones o causas de acción contra New Heights Academy Charter School, sus oficiales, directores, empleados, y agentes de toda la responsabilidad en la unión con lo mismo. Además, doy a cualquier padre o personal de New Heights Academy Charter School presente permiso de buscar asistencia médica de emergencia para mi hijo/a en caso de que ella/él se lastime.

ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA

1. Información de Salud/Seguro:

Nombre del Dr. Estudiante _____ Compañía de Seguro _____

Teléfono _____ ID de póliza _____

Alergias _____ Religión (opcional) _____

Ultimo Tetanus _____ Medicinas _____

Dirección del doctor del estudiante _____

Comentario adicional _____

2. Si mi niño requiere asistencia médica de emergencia y no puedo ser localizado, doy mi consentimiento a New Heights Academy Charter School para obtener la asistencia médica necesaria para mi niño. Consiento en pagar todos los gastos asociados con la asistencia médica de emergencia que mi niño recibe. Entiendo que cada esfuerzo será hecho para ponerse en contacto conmigo antes y después de que el cuidado sea proporcionado.
3. Entiendo que este consentimiento estará en efecto desde la fecha de mi firma de esta forma y seguirá mientras mi niño este matriculado en New Heights Academy Charter School durante el año escolar 2016-2017.
4. A mi conocimiento, mi niño esta sano, físicamente capaz de participar en el deporte de contacto. Mi niño no tiene ningunas condiciones médicas que afectarían su participación.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Escriba el Nombre del Padre _____ Teléfono _____