



# Santa Barbara SCHOOL DISTRICTS

720 Santa Barbara Street, Santa Barbara, CA 93101  
Phone (805) 963-4338, Fax (805) 963-5685

## FOOTBALL INSURANCE VERIFICATION

The California Education Code requires insurance coverage in the amount of at least \$1,500 for medical and hospital expenses resulting from accidental bodily injury to members of any athletic team injured while participating in, or practicing for, interschool athletic events, or while being transported to and from such athletic events.

Athletic team members are defined by the law to include any student who travels to and performs duties in connection with the team or athletic event.

I hereby verify that there is held on behalf of (name of student): \_\_\_\_\_  
a student at (name of school): Dos Pueblos High school, an insurance policy in an amount equal to or greater than that required by the California Education Code Sections 32220-24 and 35330-31 for medical and hospital expenses resulting from accidental bodily injury while participating in, or practicing for, interschool athletic events, or while being transported to and from such athletic events.

My \$1,500 accidental bodily injury policy number is \_\_\_\_\_, which is issued by \_\_\_\_\_ Insurance Company (not the agent).

**NOTE: Your attention is directed to the fact that many insurance policies exclude tackle football. PLEASE READ YOUR POLICY. YOU MAY NEED ADDITIONAL INSURANCE.**

I also agree to indemnify and hold harmless the Santa Barbara School Districts from any and all responsibility or liability arising out of or in any way related to the requirement under the aforementioned code section to provide insurance coverage for the above named student.

Signature of parent or guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

I do NOT want to purchase the SISC Tackle Football Coverage.

## MEDICAL AUTHORIZATION

TO WHOM IT MAY CONCERN:

I, the undersigned being the parent or legal guardian of \_\_\_\_\_, do hereby grant to any hospital, emergency center, doctor, nurse, and/or paramedic, authorization to grant treatment to my child, when accompanied by or escorted to the treating facility by a teacher, coach, teacher's aide, principal, or any member of the District Board of Education.

Further, should the attending physician determine after examination that life-saving surgery or other life-saving procedures may be necessary, permission is hereby extended to the above parties to grant same.

Additionally, I agree to hold harmless such personnel and the Santa Barbara Districts Board of Education by my action of granting said permission.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian

**NOTE: This form must be renewed each year.**



# Santa Barbara SCHOOL DISTRICTS

720 Santa Barbara Street, Santa Barbara, CA 93101  
Phone (805) 963-4338, Fax (805) 963-5685

## VERIFICACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO PARA FÚTBOL

El Código de Educación de California exige que haya cobertura de seguro por una cantidad mínima de \$1,500 para gastos médicos y hospitalarios como resultado de lesión corporal accidental de los miembros de cualquier equipo deportivo lesionados mientras participan o practicando para eventos deportivos inter-escolares, o mientras están en transporte de ida o de regreso de dichos eventos deportivos.

Los miembros de los equipos deportivos los define la ley e incluye cualquier estudiante que viaja o realiza alguna actividad en conexión con el equipo o evento deportivos.

Por la presente verifico que hay una póliza de seguro a nombre de *(nombre del alumno/a)*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, estudiante en *(nombre de la escuela)*: Dos Pueblos High School, por una  
cantidad igual o mayor a la que exigen las Secciones 32220-24 y 35330-31 del Código de Educación de California,  
para gastos médicos y hospitalarios como resultado de lesión corporal accidental mientras participa o practica para  
eventos deportivos inter-escolares o mientras está en transporte de ida o de regreso de dichos eventos deportivos.  
El número de la póliza de \$1,500 por lesión corporal accidental es \_\_\_\_\_, emitida por  
\_\_\_\_\_ (nombre de compañía aseguradora).

**NOTA: se les informa que muchas pólizas de compañías de seguros excluyen "tackle football."  
POR FAVOR, LEAN SU PÓLIZA. QUIZÁ NECESITEN COBERTURA ADICIONAL.**

También estoy de acuerdo en indemnizar y no atribuir responsabilidad a los Distritos Escolares de Santa Bárbara por ninguna situación que surgiera de cualquier manera relacionada con el requisito bajo la sección del código arriba mencionada de proveer cobertura de seguro para el/la alumno/a arriba indicado/a.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

NO quiero comprar la Cobertura de "Tackle Football" de SISC.

## AUTORIZACIÓN MÉDICA

A QUIEN PUEDA INTERESAR:

Yo, el/la abajo firmante, siendo el padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_, por la presente  
doy autorización a cualquier hospital, centro de emergencia, médico, enfermera y/o paramédico, para administrar  
tratamiento a mi hijo/a, cuando acompañado/a o escoltado al lugar de tratamiento por un/a maestro/a, entrenador/a,  
ayudante de maestros, director/a o cualquiera de los miembros del Consejo de Educación del Distrito.

Además, si el médico que le atiende determinara después del examen que es necesario efectuar una cirugía o algún  
otro procedimiento médico para salvar la vida, también extiendo el permiso a las personas arriba mencionadas para  
conceder el mismo.

Además, estoy de acuerdo en eximir de la misma responsabilidad al personal y al Consejo de Educación de los  
Distritos Escolares de Santa Bárbara con mi acción de conceder dicho permiso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Tutor

**NOTA: este formulario tiene que renovarse cada año.**