

**Durham Public Schools**  
**Assumption of Risk/Medical Treatment Release**

Student Athlete's Name \_\_\_\_\_  
School \_\_\_\_\_  
Sport(s) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

.....

The Durham Public Schools system makes every effort to prevent injuries, but injuries do occur in athletics. By signing below, I (Parent/Guardian Name) \_\_\_\_\_, do understand:

1. The rules and procedures of the sports listed above and am aware of the risks involved in playing them
2. The necessity of using the proper techniques and protective equipment (when needed).

I recognize that there are inherent risks in all athletic events (head and spinal cord injuries, fractures, internal injuries, etc.) and hereby give my permission for my son/daughter to participate in any and all interscholastic athletic events sponsored by Durham Public Schools.

Permission is hereby granted to Durham Public Schools and its authorized representatives to initiate treatment and rehabilitation of injuries and authorize any needed emergency major medical or minor surgical treatment, x-ray, examination, and immunization of the above named participant by appropriate medical personnel. In the event of serious illness, the need for major surgery, or significant accidental injury, I understand that every attempt will be made by the physician to contact me in the most expeditious manner possible. If said physician is unable to communicate with me, the treatment necessary for the best interest/safety of the above named individual may be rendered.

I hereby release the Durham Public Schools system, local/individual school personnel, and the individual members of each athletic department including, but not limited to, its coaches, certified athletic trainers, first responders, student athletic trainers, athletic training student aides, administrators, attending physicians, and all other connected with school athletic activities, from any and all damages for injuries sustained by my son/daughter while participating in any sports activity associated with Durham Public Schools. I do, hereby, agree to hold harmless any and all the above from any and all damages which they may suffer as a result of injuries sustained by my son/daughter while participating as above stated.

.....

Are you presently taking any medications, supplements, or pills? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
If yes, please list: \_\_\_\_\_

Does student named above have any allergies? (medicine, beestings, hay fever, etc.) Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
If yes, please list: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Contact: Name \_\_\_\_\_  
Phone #: Primary \_\_\_\_\_ Secondary \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: Name \_\_\_\_\_  
Phone #: Primary \_\_\_\_\_ Secondary \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**SIGNATURE: (Parent/Guardian):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

**Escuelas Públicas de Durham**  
**Exención de responsabilidad por tratamiento médico/Aceptación de riesgos**

Nombre del estudiante-atleta \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_  
Deporte(s) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las Escuelas Públicas de Durham hacen lo posible por prevenir lesiones, pero las lesiones ocurren en los deportes. Al firmar a continuación, yo (padre/madre/tutor), \_\_\_\_\_, sí entiendo:

1. las reglas y los procedimientos de los deportes mencionados anteriormente, y estoy al tanto de los riesgos que implica jugarlos;
2. la necesidad de usar las técnicas y los equipos de protección correctos (siempre que sean necesarios).

Reconozco que hay riesgos inherentes en todos los eventos deportivos (lesiones en la columna vertebral y en la cabeza, fracturas, lesiones internas, etc.) y, por la presente, doy permiso para que mi hijo/hija participe en cualquiera y en todos los eventos deportivos interescolares patrocinados por las Escuelas Públicas de Durham.

Por la presente, se otorga permiso a las Escuelas Públicas de Durham y a sus representantes autorizados a que el personal médico adecuado inicie tratamiento y rehabilitación de lesiones, y se autoriza cualquier tratamiento necesario de cirugía menor o mayor de emergencia, radiografía, examinación e inmunización del participante nombrado anteriormente. En caso de enfermedades graves, necesidad de cirugía mayor o lesión accidental significativa; entiendo que el médico realizará todo lo posible por comunicarse conmigo en la manera más diligentemente posible. Si dicho médico no puede comunicarse conmigo, se puede dar el tratamiento necesario para el mejor interés/la mejor seguridad del individuo nombrado anteriormente.

Por la presente, eximo de responsabilidad al sistema de las Escuelas Públicas de Durham, al personal individual/local y a los miembros individuales de cada departamento atlético incluyendo, pero sin limitarse a, sus entrenadores, entrenadores atléticos certificados, servicios de emergencia, entrenadores atléticos de estudiantes, ayudantes de estudiantes en entrenamiento atlético, administradores, médicos a cargo, y a todos los conectados con las actividades atléticas escolares, ante cualquier y todos los daños ocasionados por las lesiones de mi hijo/hija al participar en cualquier actividad deportiva asociada con las Escuelas Públicas de Durham. Yo, por la presente, acuerdo eximir de responsabilidad a cualquiera y a todos los mencionados anteriormente de cualquiera y de todos los daños que mi hijo/hija pueda sufrir por lesiones al participar según las menciones anteriores.

¿El estudiante toma actualmente algún medicamento, suplemento o píldoras? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
De ser así, por favor mencione cuál: \_\_\_\_\_

¿El estudiante nombrado anteriormente tiene alguna alergia? (medicamento, picaduras de abejas, fiebre del heno, etc.) Sí \_\_\_ No \_\_\_  
De ser así, por favor incluya cuál(es): \_\_\_\_\_

Contacto de los padres/tutores: Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Principal \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Principal \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**FIRMA: (Padres/tutores)** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_