

Liga de deportes adaptados

Distrito Escolar de Janesville

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M/F
Dirección _____ Teléfono de casa _____
Escuela _____ Grado _____

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ha sido evaluado médicamente para participar en la liga de deportes adaptados y, a continuación, se han documentado las recomendaciones. (Estudiante con síndrome de Down, resultados de la evaluación de inestabilidad atlantoaxial): _____)

Fútbol en el interior - Otoño

- ☐ Autorizado para participar sin restricciones
- ☐ No autorizado
- ☐ Autorizado con las siguientes restricciones: _____

Hockey en el interior - Invierno

- ☐ Autorizado para participar sin restricciones
- ☐ No autorizado
- ☐ Autorizado con las siguientes restricciones: _____

Wiffle Ball - Primavera

- ☐ Autorizado para participar sin restricciones
- ☐ No autorizado
- ☐ Autorizado con las siguientes restricciones: _____

Nombre del médico (en letra de molde/escrita a máquina) _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del médico _____