



¡BIENVENIDOS A LA FAMILIA DC SCORES!

agosto 2011

¿Qué es DC SCORES?

La idea de DC SCORES es sencilla: la conexión entre la educación académica y el fútbol crea una oportunidad excelente para el desarrollo mental y físico de nuestros jóvenes. DC SCORES trabaja con más de 800 estudiantes en 27 escuelas públicas de Washington.

¿Cómo se puede entrar el programa?

Entregue las formas de inscripción de DC SCORES y DCPS a uno de los entrenadores de DC SCORES en la escuela de su hijo/hija con un cuota de \$10.00.

¿Cuál es el horario semanal?

- DC SCORES empieza la semana del 12 de Septiembre.
- 5 días a la semana, de las 3:30-5:00 de la tarde.
- Los jueves se reservan para los partidos de la Liga Elementary School. Habrá 8 partidos.

¿Qué recibirá mi hijo?

- Instrucción académica, de escritura creativa, y de fútbol.
- Un diario de DC SCORES y un uniforme.

¿A cuáles actividades debo asistir?

- **Los partidos cada jueves** – ¡El primer partido es el 22 de septiembre!
- **Fall Frenzy** - El 22 de octubre
- **Poetry Slam! (concurso de poesía)** – El 30 de noviembre y 1 de diciembre

¿A quién le llamo si tengo más preguntas?

- Llama a los entrenadores _____ y _____ en la escuela de su hijo/hija.
- Llama al Sr. Cory, (202) 393-6999 x302
- Visita nuestra página de Internet www.dcscores.org (oprime "Resources")





CARTA DE PERMISO

En mi carácter de padre o guardián legal de _____, doy mi permiso para que él/ella participe en el programa de DC SCORES (de aquí en adelante conocido como "SCORES") en la escuela _____ durante el año escolar 2011-2012. Entiendo que esta carta de permiso incluye mi consentimiento para que mi hijo/a participe en todas las actividades de SCORES, incluyendo entrenamientos de fútbol, clases de escritura, y partidos en carácter de local y visitante, así como todos los eventos especiales en que 3-L, Steve's Bus Service, AAA Transportation provee transporte a los niños, incluyendo, pero no restringiéndose a: Fall Frenzy, Poetry Slam!, Shout!, y Jamboree!.

Entiendo que SCORES no asume ninguna responsabilidad en cuanto a hacer que el menor anteriormente mencionado se presente a las actividades del programa patrocinado por SCORES y yo, por mi propia cuenta y por cuenta de este menor, renuncio a todo reclamo por cualquier responsabilidad surgida o por acciones ocurridas antes de que el menor se haya presentado a SCORES. Autorizo a SCORES para que recopile notas, registros de asistencia, exámenes, y otros datos de rendimiento de mi hijo/a de su escuela y su distrito escolar. Entiendo que esta información será usada únicamente para evaluación y será incluida solamente en informes conjuntos.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, el padre/guardián legal del inscrito/a, un/a menor, acepto que yo y el/la menor ateniéndonos las reglas de SCORES y sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. A mi hijo/a se le ha realizado un examen físico y se ha determinado que se encuentra físicamente capacitado/a para participar en el programa. Al reconocer la posibilidad de sufrir lesiones físicas asociada con el fútbol y en consideración para que SCORES acepte al inscrito/a para sus programas y actividades de fútbol ("Los Programas"), por este medio yo libero y descargo a SCORES, a sus organizaciones afiliadas y patrocinadores, a sus empleados y personal asociado, incluyendo a los dueños de los canchas e instalaciones utilizadas para Los Programas, contra cualquier reclamo por o por cuenta de la participación del inscrito/a en Los Programas y/o por ser transportado/a hacia o desde el mismo, transporte el cual autorizo por este medio.

PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DEL MENOR

En caso de emergencia médica, doy permiso a los representantes de SCORES para que actúen como substitutos míos con mi hijo/a en el área de procurar tratamiento médico suministrado por un doctor médico o por un dentista. Doy mi autorización para que reciba atención médica de emergencia prescrita por un doctor médico o por un dentista debidamente autorizado. Además doy permiso para que mi hijo/a reciba servicio de ambulancia urgente hasta una sala de urgencias para tratamiento médico. Entiendo que yo será notificado lo mas rápido que posible en el evento de una emergencia médica. También asumo la responsabilidad financiera por cualquier tratamiento médico suministrado a mi hijo/a.

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Yo autorizo las fotografías, grabaciones y difusión del voz o semejanza de mi hijo/a, actuaciones y/o aptitudes y cualquier material como parte de televisión, película, radio, fotografías estacionarias, programas de CATV (mencionados como los "Programas" más adelante). También autorizo el uso del trabajo escrito de mi hijo/a en SCORES, America SCORES, u otras publicaciones de los medios de comunicación.

Reconozco que SCORES es el único dueño de todos los derechos de los Programas y las fotografías, películas de video, grabaciones de estos y trabajo escrito, para todos los propósitos, y que ellos tienen el derecho, entre otras cosas, de emitir los Programas una o más veces en cualquier emisora o sistema de CATV, o de proporcionar cualquier otra forma de distribución del Programa. El nombre, semejanza, o trabajo escrito de mi hijo/a pueden ser usados en publicidad y material promocional para el Programa, pero no como respaldo para ningún producto. Como padre/guardián del/la menor inscrito/a, por medio de la presente le cedo a America SCORES todos los derechos de autor y reproducción de cualesquiera obras que el/la menor inscrito/a haya creado, tanto parcial o completamente, durante su participación en los Programas.

Por favor tirón al otro lado →

D.C. STODDERT SOCCER LEAGUE, INC.

P.O. Box 39107, Washington DC 20016

DC SCORES Division

VISÍTENOS EN: WWW.STODDERT.COM ; WWW.DCSCORES.ORG

FORMA DE CONSENTIMIENTO MÉDICO AÑO ESCOLAR 2011-2012

Información del Estudiante

Nombre del Niño/Niña _____ Sexo M F Fecha de Nacimiento ____/____/____

Tel _____ Correo-Electrónico _____ Escuela _____ Grado _____

Grupo étnico Asiático/Isleño del Pacífico Caucásico/Blanco Hispano/Latino Nativo Americano Negro/Afroamericano
 Otro: _____

¿Su niño es nuevo a DC SCORES? Sí No ¿Si no, en donde participó su hijo/hija en DC SCORES el año pasado? _____

Información de la Familia

¿Estaría interesado de ser voluntario para eventos especiales? Sí No

Guardián 1 _____ Relación _____ Idioma que se habla en casa: _____

Tel (cell) _____ (casa) _____ (trabajo) _____

Dirección _____ No. de Apartamento _____ Correo-Electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Guardián 2 _____ Relación _____ Idioma que se habla en casa: _____

Tel (cell) _____ (casa) _____ (trabajo) _____ Correo-Electrónico _____

Dirección _____ No. de Apartamento _____ Correo-Electrónico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de Emergencia

Contacto de emergencia (diferente del guardián) _____ Relación _____

¿Tiene algunas condiciones médicas el niño? _____

¿Su hijo tiene seguro médico? sí no Si tiene seguro médico, ¿Cual es la compañía de seguro?

Por favor marque uno:

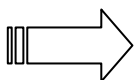
Chartered Health Plan Health Right Kaiser Permenante Blue Cross and Blue Shield

otro _____ ninguna

Número de cuenta _____

¿Puede caminar solo/sola su niño/niña a la casa? sí no

¿Hay alguna persona que no tiene permiso para recoger a su niño/niña? _____



Firma del padre o guardián

Nombre del padre o guardián (Por Favor Imprima)

Fecha