

2017

**LECCIONES DE NATACIÓN DE VERANO EN ST. CHARLES  
ESCUELA SECUNDARIA ST. CHARLES NORTH**

Robert Rooney Instructur Principal de Natación  
Robert.rooney@d303.org  
331-228-6375

**DISTRITO ESCOLAR DE LA UNIDAD COMUNITARIA 303**

**INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**

**La siguiente información es proporcionada para que mi hijo pueda recibir el cuidado apropiado en caso de lesión:**

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado escolar en 2017/18 (K-6) \_\_\_\_\_

Padre / guardián \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Tel. del trabajo \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Por favor liste**

Condiciones médicas \_\_\_\_\_

Medicamentos tomados y porqué \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia (si los padres no pueden ser contactados):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

**Cobertura de Seguro Médico:**

Yo entiendo que mi hijo/a deberá estar cubierto/a por nuestro seguro familiar de accidentes/salud para cualquier gasto de tratamientos. Yo doy / damos permiso para que el estudiante nombrado arriba participe en actividades organizadas, entendiendo que dichas actividades pueden tener el potencial de lesión que es inherente en todos los deportes.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Protocolo de Conmociones Cerebrales:**

Estoy de acuerdo en seguir todas las reglas de conducta y comportarme de manera deportiva. Acepto seguir las instrucciones de los entrenadores, las técnicas de juego y horario de entrenamiento, así como todas las reglas de seguridad. Entiendo que la política de la Junta 7:305, Conmociones Cerebrales y Lesiones en la Cabeza en Estudiantes Atletas, requiere, entre otras cosas, que un estudiante atleta que muestre signos, síntomas o comportamientos consistentes con una conmoción o lesión en la cabeza debe ser removido de la práctica o competencia en ese tiempo y que no se le permitirá al estudiante regresar a jugar o practicar hasta que haya completado con éxito los protocolos de volver-a-jugar y de volver-a-aprender, incluyendo haber sido autorizado para regresar por un médico con licencia para practicar medicina en todas sus ramas o un entrenador atlético certificado bajo la supervisión de un médico.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cheque en Línea, Tarjeta de Crédito y Tarjeta de Débito  
Inscripción en <https://store.d303.org>  
District 303 Pushcoin Web Store**

Póngase en contacto con el instructor Rooney con cualquier pregunta

Información de clase para todas las sesiones: (todas las edades y niveles cada hora)  
\$42 por clase por semana (lunes — viernes cada semana)

Clase 1	10:00 am	10:30 am
Clase 2	10:40 am	11:10 am
Clase 3	11:20 am	11:50 pm
Clase 4	12:00 pm	12:30 pm
Clase 5	12:40 pm	1:10 pm
Clase 6	1:20 pm	1:50 pm
Campamento avanzado (cuando se ofrece)	1:20 pm	2:30 pm (\$50 semanal)

**Sesión 1— 12 de junio — 16 de junio**

Clase 1 _____	Clase 4 _____
Clase 2 _____	Clase 5 _____
Clase 3 _____	Clase 6 _____

**Sesión 2—19 de junio — 23 de junio**

Clase 1 _____	Clase 4 _____
Clase 2 _____	Clase 5 _____
Clase 3 _____	Clase 6 _____

**Sesión 3 —26 de junio — 30 de junio**

Clase 1 _____	Clase 4 _____
Clase 2 _____	Clase 5 _____
Clase 3 _____	Clase 6 _____

**Sesión 4— 10 de julio — 14 de julio**

Clase 1 _____	Clase 4 _____
Clase 2 _____	Clase 5 _____
Clase 3 _____	Avanzada _____

**Sesión 5—17 de Julio — 21 de julio**

Clase 1 _____	Clase 4 _____
Clase 2 _____	Clase 5 _____
Clase 3 _____	Avanzada _____

**Sesión especial semana de vacaciones (\$ 35)**

Miércoles 5 de julio — sábado 8 de julio

Clase 1 _____
Clase 2 _____
Clase 3 _____



Inscripción en línea  
<https://store.d303.org>  
District 303 Pushcoin Web Store

Total \$ \_\_\_\_\_