



TEN Worldwide 2020

Informacion Medica

La información de este formulario se recopila para ayudar a su equipo de sitio de TEN Worldwide en caso de una emergencia relacionada con su salud o seguridad. Complete este formulario por completo. Esta información no se compartirá con nadie fuera de su equipo TEN, a menos que esté justificado.

Nombre del estudiante _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

En caso de una emergencia, por favor notificar:

Nombre _____ Teléfono _____

Relación _____

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Tiene alguna condición física que debamos conocer? Por favor explique.

¿Tiene alguna alergia, es decir, alimentos, medicamentos, etc.? Si es así, explique.

Explique cualquier restricción de actividad :

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en que toda la información anterior es verdadera y completa. Doy permiso a TEN para contactar a mis números de contacto de emergencia en caso de una emergencia relacionada con mi salud o seguridad y compartir la información contenida en esta hoja como el Líder / Maestro de TEN lo considere necesario. También entiendo que bailaré, haré ejercicio y comeré bajo mi propio riesgo, y era mi responsabilidad consultar con mi médico para ver si era seguro para mí bailar y hacer ejercicio y para controlar la comida en busca de alergias. problemas. Tampoco responsabilizaré a TEN Worldwide, su liderazgo y ninguno de sus sitios y anfitriones de sitios por cualquier problema médico o lesión que pueda sufrir con el baile / el movimiento o la alimentación.

Firma _____ Fecha _____

Estudiante / Padre (si el estudiante es menor de 18 años) / Tutor legal

Testigo _____ Fecha _____

Líder, maestro o asistente del sitio TEN

