

Solicitud para Audiciones de Especialidad 2018-2019

Estudiante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre e Inicial

Grado solicitado: Séptimo Octavo Noveno Décimo Undécimo Duodécimo

Deporte al que solicita se realice la prueba: (Favor de marcar con una X un solo deporte)

Combate

- Boxeo
 Lucha Olímpica
 Judo
 Taekwondo

Registro y Marca

- Natación
 Saltos
 Marcha
 Lanzamientos
 Medio Fondo
 Halterofilia
 Velocidad y Vallas
 Triatlón

Instrumentación

- Tenis de Mesa
 Tenis de Campo
 Esgrima
 Tiro

Deporte de Conjunto Balonmano Baloncesto Voleibol

Información Personal del Estudiante

Sexo: _____ M _____ F Peso: _____ Estatura: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad (Cumplida) _____
Día Mes Año

Pertenece al Programa de Educación Especial: Sí No
Indique si necesita acomodo razonable para realizar la prueba: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Celular: _____ Hogar: _____ Trabajo: _____

Otro Teléfono de Contacto: _____

Correo electrónico: _____

Deporte que práctica: _____

Habilidades especiales: _____

Condiciones de Salud: _____

Yo _____ autorizo a la Escuela Especializada en Deportes a realizar las pruebas pertinentes para el deporte solicitado por mi hijo _____

Eximo de cualquier responsabilidad a la escuela y al Departamento de Educación por accidentes o situaciones que puedan ocurrir.

Firma del padre, madre o encargado legal

Fecha : _____

Apartado 2004 / Salinas, Puerto Rico 00751
Tel. (787) 824-1534 / Fax (787) 824-0904

El Departamento de Educación no discrimina por razón de raza, color, género, orientación sexual, nacimiento, origen nacional, condición social, ideas políticas o religiosas, edad o impedimento en sus actividades, servicios educativos y oportunidades de empleo.