

Solicitud para Audiciones de Especialidad 2024 - 2025

Estudiante: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre e Inicial

Escuela o Colegio de procedencia: _____ Pueblo _____

Correo Electrónico del padre/madre o encargado: _____

Marcar con una X el Grado solicitado: **Promedio Académico actual:** _____

Sexto Séptimo Octavo Noveno Décimo Undécimo Duodécimo

Marcar con una X el Deporte solicitado: (Favor de escoger sólo uno, ya que se permite realizar una sola prueba)

<u>Combate</u>	<u>Registro y Marca</u>	<u>Instrumentación</u>	<u>Deporte de Conjunto</u>	<u>Programa Especial</u>
<input type="checkbox"/> Boxeo	<input type="checkbox"/> Halterofilia	<input type="checkbox"/> Tenis de Mesa	<input type="checkbox"/> Balonmano (F)	<input type="checkbox"/> Rotación 6to-7mo
<input type="checkbox"/> Judo	<input type="checkbox"/> Medio Fondo	<input type="checkbox"/> Tenis de Campo	<input type="checkbox"/> Baloncesto (F)	<input type="checkbox"/> Boxeo Femenino
<input type="checkbox"/> Lucha Olímpica	<input type="checkbox"/> Marcha	<input type="checkbox"/> Esgrima	<input type="checkbox"/> Voleibol (F)	<input type="checkbox"/> Tiro Neumático
<input type="checkbox"/> Taekwondo	<input type="checkbox"/> Lanzamientos	<input type="checkbox"/> MTB		
	<input type="checkbox"/> Saltos			
	<input type="checkbox"/> Velocidad y Vallas			
	<input type="checkbox"/> Triatlón			
	<input type="checkbox"/> Natación			

Información Personal

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

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: _____

Deporte que practica: _____

Otras Habilidades deportivas: _____

Condiciones de Salud: _____

Yo Padre, Madre o Tutor Legal autorizo a la Escuela Eugenio Guerra Cruz - Especializada en Deportes en el Albergue Olímpico a realizar las pruebas pertinentes para el deporte solicitado por mi hijo/a. Eximo de cualquier responsabilidad a la escuela y al Departamento de Educación por accidentes o situaciones que puedan ocurrir.

 Nombre en letra del molde del padre, madre o tutor legal

 Fecha

 Firma del padre, madre o tutor legal

Nota: Este documento debe ser completado en todas sus partes y acompañado del examen físico realizado por el médico de su preferencia y el informe de condición física cumplimentado por el padre, madre o tutor legal.

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.

