



# Club de Caballos “GALEP”

## *Programa de Enriquecimiento del Aprendizaje Asistido por Caballos de Galt*

### **¿Quieres aprender sobre los caballos y aprender a montar?**

GALEP es un programa de enriquecimiento con actividades diseñadas para animar a los niños a expandir sus habilidades y descubrir el poder de los logros a través de una criatura maravillosa, el caballo. Los estudiantes aprenderán sobre el cuidado de los caballos y montar en un ambiente divertido y seguro.

El programa GALEP se encuentra en el campus de la Escuela Intermedia McCaffrey, 997 Park Terrace Drive en Galt.

Para más información sobre GALEP visite el sitio web del Distrito  
<https://www.galt.k12.ca.us/Programs/GALEP>

Verano 2024

## **GALEP Club de Caballos!**

**El Club se llevará a cabo los miércoles de 8:30-11:30 am**  
Fecha de la sesión de verano: 26 de junio, 3, 10 y 17 de julio.

- **no** se proporciona transporte
- La disponibilidad se asigna por orden de llegada.
- Puede dejar y recoger a su estudiante en la arena/estadio de la escuela McCaffrey
- ¡Este club es GRATIS!

Estoy interesado en las fechas de la sesión de otoño por determinar.

**Los formularios de autorización médica son válidos por un año. Las solicitudes también se pueden aceptar ahora para el programa de otoño de 2024.**

**Todos los formularios médicos y de autorización deben estar completos y entregados a LORI JONES en la Oficina del Distrito :**

1018 C Street, Suite 210 Galt CA, 95632

Puede comunicarse con nosotros al 209-744-45-45 ext. 332

*\*Las familias serán notificadas si su estudiante está inscrito en el club.\**

# GALEP

Programa de Aprendizaje y Enriquecimiento Asistido por Caballo de Galt  
**REGISTRACION/RESPONSABILIDAD/ FORMA DE RENUNCIA DE FOTOGRAFIA**



## 1. REGISTRACIÓN

Deseo registrar al siguiente Estudiante en el Programa de Aprendizaje y Enriquecimiento Asistido por Caballo de Galt (GALEP), un programa gratis disponible a Estudiantes del Distrito de Unión Escolar de Primarias de Galt (Distrito):

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela Actual: \_\_\_\_\_ Grado Actual: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Información de Contacto de Emergencia: Trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

➡ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

## 2. RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Hay riesgos inherentes asociados con montar a caballo e interactuando con animales, incluyendo con la impredecibilidad de los animales que entrarán en contacto con el Estudiante. También hay condiciones naturales y causadas por el hombre en los sitios asignados para montar que pueden presentar riesgos potenciales de lesión física, perjuicio, daño o muerte. Al grado mayor permitido por la ley, aplicable a ambos, GALEP y el Distrito, (y sus respectivos empleados, agentes y/o voluntarios), estoy al tanto y acepto todos los riesgos conocidos y desconocidos, así como los riesgos que puedan surgir de cuidado médico o atención provistos/no provistos en respuesta a alguna lesión potencial. También renuncio y libero para mi mismo/el Estudiante participante de cualquier reclamo potencial por lesión personal (hasta e incluyendo la muerte), daño de propiedad, y/o perjuicio, lesión o pérdida.

➡ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

## 3. AUTORIZACIÓN DE CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

En caso de lesión o se sospecha lesión, yo autorizo la administración de cuidado urgente o de emergencia al Estudiante, incluyendo la transportación del Estudiante a un proveedor de cuidado urgente o cuidado de emergencia. Notificación a mi de lesión/sospecha de lesión puede demorarse tal que cualquier proveedor de cuidado urgente o de emergencia tiene mi autoridad expresa en conducir procedimientos diagnósticos o anestésicos y/o proveer cuidado médico o tratamiento (incluyendo cirugía) como ellos pueden creer razonable o necesario bajo todas circunstancias. Todos costos y gastos asociados con tal cuidado son únicamente mi responsabilidad. Autorización para proveer tal cuidado de emergencia médica es un requisito para participar en GALEP.

➡ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

## 4. RENUNCIA DE FOTOGRAFÍA (OPCIONAL)

Yo por lo presente (seleccione uno):  doy consentimiento  no doy consentimiento

al fotografía/grabación de video del Estudiante y el uso de GALEP y del Distrito de tales fotografías o video cintas para cualquier propósito asociado con la promoción de GALEP o de beneficio público o actividades educativas o programas de GALEP o del Distrito.

➡ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

# GALEP - FORMA DE EXÁMEN FÍSICO PARA EL PROGRAMA DE EQUITACIÓN



## PARTE 1 (DEBE SER COMPLETADO POR UN PADRE O TUTOR LEGAL)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	
----------	---------------	--

### HISTORIAL DE SALUD (Tiene que ser completado antes del examen)

	Sí	No	<b>Ha tenido este estudiante:</b>		Sí	No	<b>Este estudiante:</b>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedad recurrente o crónica?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes o lentes de contacto?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Enfermedad que haya durado más de 1 semana?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa puentes dentales, frenos o placas?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hospitalizaciones o cirugía?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma medicamentos recetados o sin receta? (anotar):
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Condición nerviosa, siquiátrica o neurológica?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene Síndrome de Down?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Pérdida de o no funcionan órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?				
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alergias (medicinas, picadura de insecto, comida)?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hay historial de:</b>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Problemas del corazón o presión arterial?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesiones requiriendo cuidado médico o tratamiento?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de pecho o respiración entrecortada severa con ejercicio?	22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión del cuello, dolor de espalda o lesión?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Mareo o desmayo con ejercicio?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de rodilla o lesión?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desmayos, fuertes dolores de cabeza o convulsiones?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Lesión al hombro, dolor de codo o lesión?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Conmoción o pérdida del conocimiento?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Dolor de tobillo o lesión?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Agotamiento por calor, insolación, u otros problemas relacionados con el calor?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Otro dolor de coyuntura o lesión?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Latidos rápidos del corazón, salteado, latidos irregulares, o soplo en el corazón?	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Huesos quebrados (fracturas)?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Convulsiones?	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Historial adicional:</b>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Calambres musculares severos o repetidos?	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
			Fecha de última vacuna de tétanos: _____	30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fallecimiento de padre o abuelo menor de 40 años debido a causa médica o condición?
			Fecha del último examen físico completo: _____				¿Padre/abuelo menor de 50 años, que haya necesitado tratamiento para una condición del corazón?
							¿Ha sido visto por un médico debido a una emergencia o una urgencia en los últimos 12 meses?

*Explique todas las respuestas "SÍ" junto con cualquier otro hecho que se deba informar antes del examen (use el dorso de la forma si se ocupa):*

**AUTORIZACIÓN DE PADRE/TUTOR:** Yo autorizo a un médico o asistente médico, debidamente autorizado y supervisado, o enfermera o practicante, a efectuar una Evaluación Física al estudiante para el Programa de Equitación. La información dada arriba es completa y exacta y no existe ninguna razón por la cual el estudiante no pueda participar plena y seguramente en el Programa, tal como lo entiendo. Yo entiendo que esto es únicamente una prueba y la ausencia de cualquier condición de salud o preocupaciones anotadas abajo, no quiere decir que el estudiante está libre de una actual o potencial condición dañina de salud que pueda causar daño o muerte al estudiante mientras esté participando en el Programa. Cualquier pregunta o preocupación que pueda tener sobre la salud del estudiante o su seguridad, será referido a nuestro médico personal o proveedor de cuidados para repaso y evaluación.

<b>➡ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE- NOMBRE DEL PADRE O TUTOR</b>		<b>➡ FIRMA DEL PADRE O TUTOR</b>	
DOMICILIO	TELEFONO DEL TRABAJO	TELEFONO DE CASA/CELULAR	FECHA
NOMBRE DEL MEDICO REGULAR	TELEFONO DE OFICINA		

## PARTE 2 (DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/ASISTENTE DEL MÉDICO/ENFERMERA PRACTICANTE)

	NORMAL	ANORMAL (Describa)	Fecha de Nacimiento:
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta			Estatura:
Piel			Peso:
Corazón			Sexo:
Abdomen			Presión Arterial:
Genital/hernia (masculinos)			<b>➡ Recomendación:</b> <input type="checkbox"/> Participación sin limite <input type="checkbox"/> Participación limitada/actividades limitadas/rechazado (vea abajo) <input type="checkbox"/> Autorización detenida dependiendo de pruebas/evaluaciones mas amplias <input type="checkbox"/> Ninguna participación <b>Se debe marcar uno de los cuadros de arriba.</b>
Músculo esquelético:			
a. Cuello/Espina Dorsal/Hombros/Espalda			
b. Brazos/Manos/Dedos			
c. Caderas/Muslos/Rodillas/Piernas			
d. Pies/Tobillos			
Examen Neurológico (EN)			

**Para un participante con Síndrome de Down:** Se requiere un examen radiológico completo para establecer la falta de inestabilidad Atlanto-axial, antes de que él/ella pueda participar en actividades de montar. Evaluación de Rayos- X para inestabilidad Atlanto-axial Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado: + -

**Comentarios** (use el dorso de esta forma si es necesario):

<b>➡ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL MEDICO</b> <small>(Únicamente M.D., D.O., P.A., o N.P.)</small>	<b>➡ FIRMA DEL MÉDICO</b>	<b>FECHA</b>
---	---------------------------	--------------