



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 respectivo empleados, agentes y/o voluntarios), estoy al tanto y acepto todos los riegos conocidos y desconocidos, así como los riesgos que puedan surgir de cuidado medico 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	Ha tenido este estudiante:		Sí	No	Este estudiante:
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"/>	Hay historial de:
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"/>	Historial adicional:
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.

➡ ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE- NOMBRE DEL PADRE O TUTOR		➡ FIRMA DEL PADRE O TUTOR	
DOMICILIO	TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE CASA/CELULAR	FECHA
NOMBRE DEL MEDICO REGULAR	TELÉFONO 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)			➡ Recomendación: <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 Se debe marcar uno de los cuadros de arriba.
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):

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