Escuela Secundaria Mount Pleasant

 **CIUDAD DE PROVIDENCE**

 **ESCUELAS DE PROVIDENCE**

**Nombre del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tengo suficiente cobertura de seguro médico para cualquier lesión que le pudiera ocurrir a mi hijo(a) al participar en alguno de los programas de deportes, o por razones personales no deseo el seguro escolar. Por lo tanto, no necesito el seguro escolar para cubrir cualquier costo y/o daños en caso de lesión.**

**Entiendo que no puedo responsabilizar al Departamento Escolar de Providence por cualquier costo que pueda surgir debido a la participación de mi hijo(a) en cualquier programa de deportes. Se solicita, por lo tanto, que se exima/ suspenda el requisito de comprar un seguro escolar para la participación de mi hijo(a) en el programa de deportes.**

**He leído y entiendo plenamente el contenido de esta carta y firmo la exención de seguro de manera voluntaria.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre/tutor**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del padre/tutor (Letra de molde)**

**Por favor adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico o complete la siguiente información**

**Compañía de Seguro Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grupo/Group # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Póliza/Policy #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**