



LIGA ATLETICA INTERUNIVERSITARIA DE PUERTO RICO
FUNDADA EN 1929

SOLICITUD DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

Institución: Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras		Deporte: _____ (1er Semestre) _____ (2do Semestre)		
Instrucciones: Lee bien este formulario antes de llenarlo. El mismo deberá ser completado por el estudiante-atleta con la orientación del Director Atlético. <u>Escriba en letra molde utilizando un bolígrafo y luego devuelva a su Director Atlético.</u> El formulario deberá ser completado en todas sus partes para poder procesar su elegibilidad y sin las cuales no se completará el proceso.				
INFORMACION PERSONAL				
_____ Apellido Paterno		_____ Apellido Materno	_____ Nombre e Inicial	
_____ Fecha de Nacimiento	_____ Lugar de Nacimiento	_____ Número de Estudiante	_____ Cédula de Identidad**	
_____ Edad	_____ Sexo	_____ Fecha de Graduación (Escuela Superior)	_____ Índice Académico	_____ Puntuación College Board
INFORMACION DE CONTACTO				
Dirección Postal: _____				
Dirección Residencial: _____				
Teléfonos: _____	_____	_____	_____	
(Residencia)	(Trabajo)	(Celular u otro)		
CERTIFICACION DEL ESTUDIANTE-ATLETA				
Certifico que este Formulario de Determinación de Elegibilidad me ha sido suministrado por el Director Atlético de mi institución después de yo haber revisado detalladamente los Reglamentos General y Técnico, especialmente las Normas de Elegibilidad, el Código de Disciplina y la Declaración de Principios. Certifico que soy elegible para participar en los Torneos de la LAI, bajo las reglamentaciones mencionadas anteriormente. En la eventualidad de descubrirse que yo haya suministrado información fraudulenta, entiendo que estaré sujeto(a) a acción disciplinaria por parte de la LAI y de mi institución.				
Reconozco que toda información suministrada en este documento es parte de mi expediente universitario bajo el Family Educational and Privacy Act de 1974, y no puede divulgarse sin mi consentimiento. Por este medio autorizo a que se divulgue cualquier información sobre mi historial universitario que pueda afectar mi elegibilidad como estudiante-atleta, solamente al personal autorizado de mi institución y al Oficial de Elegibilidad , y en caso de que el Tribunal de Elegibilidad deba revisar mis documentos con el único propósito de determinar mi elegibilidad para competencias interuniversitarias locales (LAI) e internacionales universitarias (ODUCC y FISU).				
Certifico además que toda la información relativa a mi salud (certificados médicos, pruebas de dopaje, de laboratorios, placas, etc.) enviadas a la Oficina del Comisionado son privadas (según establecido en la Ley HIPPA) y las mismas no pueden ser divulgadas sin mi consentimiento escrito. Por este medio autorizo a que la información antes mencionada, le sea enviada a la Oficina de Elegibilidad de la LAI con el único propósito de determinar mi elegibilidad.				
Autorizo a la Liga Atlética Interuniversitaria de PR a someterme a pruebas de dopaje cuando así lo estime necesario.				
Autorizo a la Oficina del Comisionado a incluir mi nombre y actuación deportiva y a utilizar las fotografías que me sean tomadas por mi Institución y/o por el fotógrafo designado por la LAI para que sean publicadas en el Anuario como parte del Informe Final a la Junta de Gobierno.				
_____ Firma del Estudiante		_____ Firma del Padre o Encargado (en caso de ser menor)		
Fecha: _____				

*para estudiantes extranjeros

PARTICIPACION EN OTRAS LIGAS

Año de Participación: _____ Liga: _____ Deporte(s): _____

Año de Participación: _____ Liga: _____ Deporte(s): _____

Año de Participación: _____ Liga: _____ Deporte(s): _____

CERTIFICACION MEDICA

Certifico que he examinado al estudiante: _____
Y hago constar que el(la) mismo(a) está capacitado(a) física y mentalmente para participar en competencias actividades deportivas vigorosas.

Peso : _____ (lbs) _____ Estatura (pulgadas) _____ Tipo de Sangre: _____

Presión Arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Respiración: _____

Examen de la Vista: _____ (ojo derecho) _____ (ojo izquierdo)

Establezca si necesita utilizar lentes correctivos.

Deformaciones: _____

IMPEDIMENTOS: _____

OBSERVACIONES: _____

Examinado y certificado en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de 200__.

Nombre del Médico

Firma del Médico

Número de Licencia

Fecha

DETERMINACION DEL OFICIAL DE ELEGIBILIDAD (NO ESCRIBA NADA AQUI)

Elegible: _____ No Elegible: _____ Cambios de nota: _____

Certificado con cursos incompletos: _____ Documentos Incompletos: _____

Solicitar Re-certificación médica: _____ Al estudiante: _____ Al Director Atlético: _____

Solicitar Re-certificación académica directamente al Registrador: _____

Observaciones:

Oficial de Elegibilidad

Fecha