



Marina Village Middle School

PAQUETE ATLÉTICO

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Deporte (por favor marque TODOS los que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Voleibol equipo varonil (deporte de otoño) | <input type="checkbox"/> Basketball equipo varonil (deporte de invierno) |
| <input type="checkbox"/> Voleibol equipo femenino (deporte de otoño) | <input type="checkbox"/> Basketball equipo femenino (deporte de invierno) |
| <input type="checkbox"/> Equipo a campo traviesa (deporte de otoño) | <input type="checkbox"/> Atletismo (deporte de primavera) |

Marina Village ofrece una amplia gama de oportunidades deportivas después de la escuela. Los estudiantes de todos los niveles de grado tienen la oportunidad de participar. Las pruebas son necesarias para el voleibol, todos los demás deportes no están sujetos a cortes donde cualquiera puede participar. Los atletas deben asistir a todas las pruebas, pero si hay una circunstancia extrema, no se les negará la oportunidad de formar parte del equipo. En este caso, el entrenador y el AD deben ser informados antes de la pérdida. Los equipos participan contra otras escuelas en la Foothill Athletic League.

Para participar en atletismo (incluidas las pruebas y las prácticas), debe cumplir con los términos de elegibilidad y devolver TODOS los papeles, incluido este paquete, ANTES del inicio de las pruebas.

- Un promedio de calificaciones mínimo de 2.0 sin ninguna "F" en el período de calificación actual / en proceso. Los estudiantes cuyas calificaciones caen por debajo de un promedio de 2.0 al final del período de calificaciones (progreso o trimestre) no serán elegibles por el resto de la temporada y serán removidos del equipo.
- 80 méritos para el trimestre.
- Un examen físico actualizado en el archivo (válido por un año calendario).

Se espera que los miembros de los equipos deportivos en la escuela actúen como ciudadanos ejemplares de la escuela y la comunidad. Se espera que demuestren un 100% de esfuerzo en todas las clases y que demuestren buen espíritu deportivo, una actitud cooperativa con los profesores y siempre dando el 100% en las actividades de Educación física. Los estudiantes deben asistir a un mínimo de cuatro períodos o cuatro horas en un día de juego o no serán elegibles para la competencia de ese día.

Anexo encontrará las formas que debe llenar y completar antes de enviarlos al director del atlético. Este paquete debe completarse y enviarse ANTES de que su estudiante haga cualquier prueba de atletismo o participe en cualquier deportes.

- Carátula del paquete atlético de la escuela Marina Village
- Formulario de Examen de Salud para deportes
- Acuerdo de participación en Equipos
- Información sobre conmociones cerebrales y lesiones en la cabeza
- Forma de donación para el equipo atlético de la escuela Marina Village

DISTRITO ESCOLAR RESCUE UNION- FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD PARA DEPORTES

PARTE 1 (DEBEN COMPLETARLA UNO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL)

APELLIDO		NOMBRE			GRADO:
FECHA DE NACIMIENTO	DEPORTE DE OTOÑO	DEPORTE DE INVIERNO	DEPORTE DE PRIMAVERA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	

HISTORIAL DE SALUD (Se debe completar antes del examen)

	Sí	No	¿El estudiante ha tenido algún/a:		Sí	No	¿El estudiante:
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad crónica o recurrente?	16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa anteojos o lentes de contacto?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad que duró más de una semana?	17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene puentes, frenos o placas dentales?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones u operaciones?	18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma algún medicamento? (Indique a continuación):
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún trastorno nervioso, psiquiátrico o neurológico?				
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o mal funcionamiento de órganos (ojo, riñón, hígado, testículo) o glándulas?		Sí	No	Tiene historial de:
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias (a medicinas, picaduras de insectos, comida)?	19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones que requieren atención médica o tratamiento?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos o de presión arterial?	20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el cuello o la espalda?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho o falta de aliento grave cuando hace ejercicio?	21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en la rodilla?
				22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el hombro o el codo?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos o desmayos cuando hace ejercicio?	23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor o lesión en el tobillo?
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos, dolores de cabeza fuertes o convulsiones?	24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algún otro dolor o lesión en las articulaciones?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conmoción cerebral o pérdida del conocimiento?	25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rotura de huesos (fracturas)?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agotamiento o insolación u otros problemas causados por el calor?		Sí	No	Otro historial:
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taquicardia, ritmo cardíaco alterado o irregular, o soplo cardíaco?	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento (corregidos o no)?
				27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muerte del padre/madre o abuelo/a antes de los 40 años de edad por una causa o trastorno médico?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones?	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padre/madre o abuelo/a que requirió tratamiento por un trastorno cardíaco antes de los 50 años de edad?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres musculares graves o reiterados?	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haber sido atendido por un médico o en un servicio de emergencia o urgencias en los últimos 12 meses?

Fecha de la última vacuna contra el tétano de la que tenga conocimiento: _____

Fecha del último examen médico completo: _____

Explique todas las respuestas "SÍ" a continuación y todo otro hecho o circunstancia de que deba divulgarse antes del examen (escriba en el reverso del formulario si es necesario):

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR: Autorizo a un médico o asistente médico o enfermero practicante debidamente autorizado y supervisado a efectuar un examen de salud para deportes del estudiante. La información que figura más arriba es completa y correcta, y no tengo conocimiento de ninguna razón que impida que el estudiante pueda participar plenamente y sin riesgo en los deportes indicados. Comprendo que éste es sólo un examen de evaluación y que la ausencia de los trastornos o problemas de salud que figuran más abajo no significa que el estudiante esté exento de otros trastornos de salud nocivos o potencialmente nocivos que pudieran lesionar o causar la muerte del estudiante mientras participa en deportes. Si tuviese alguna pregunta o inquietud sobre la salud o seguridad del estudiante, consultaré a nuestro médico personal o proveedor de atención médica para que la revise y evalúe.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE MOLDE:		FIRMA DEL PADRE O TUTOR:		
DIRECCIÓN		TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA	FECHA
NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA		TELÉFONO DEL CONSULTORIO		

PART 2 (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN/PHYSICIAN'S ASSISTANT/NURSE PRACTITIONER)

	NORMAL	ABNORMAL (Describe)	
Eyes/Ears/Nose/Throat			Height:
Skin			Weight:
Heart			Pulse: After Ex:
Abdomen			BP:
Genital/hernia (males)			Recommendation:
Musculoskeletal:			<input type="checkbox"/> Unlimited participation
a. Neck/Spine/Shoulders/Back			<input type="checkbox"/> Limited participation/specific sports, events or activities
b. Arms/Hands/Fingers			<input type="checkbox"/> Clearance withheld pending further testing/evaluation
c. Hips/Thighs/Knees/Legs			<input type="checkbox"/> No athletic participation
d. Feet/Ankles			One of the above <i>MUST</i> be checked.
Neurologic Screening Exam (NSE)			

Comments:

PRINT NAME OF PHYSICIAN (M.D., D.O., P.A., or N.P. only)	PHYSICIAN'S SIGNATURE	DATE
--	-----------------------	------

DISTRITO ESCOLAR RESCUE UNION
ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES

(INCLUYENDO EXENCIONES Y LIBERACIONES DE RECLAMACIONES POTENCIALES Y DECLARACIÓN DE OTRAS OBLIGACIONES)

Todas las secciones de este Acuerdo deben ser completadas, con el original firmado y entregado a la Oficina Escolar del estudiante, antes de que se le permita participar en cualquier modo en la Actividad definida a continuación. Se requiere un Acuerdo por cada Actividad en la que el Estudiante quiera participar.

Nombre del Estudiante:	Dirección:
Grado:	Fecha de Nacimiento.:
Escuela:	Teléfono:
Actividad/Club/Clase/Programa:	

En consideración a la capacidad del Estudiante para participar en una Actividad Estudiantil, Club, y/o una Clase o Programa Especial (incluyendo programas o clases después de la escuela que involucran posibles riesgos especiales de daño o lesión) señalados arriba (la "Actividad"), incluyendo cualquier prueba o proceso utilizado para seleccionar miembros para incorporarse o participar en la actividad, asistencia o participación en cualquier reunión de actividad, clase, competencia, espectáculo, evento o presentación, incluyendo el viaje hacia y desde cualquier reunión, clase, competencia, espectáculo, evento o presentación de las ("Actividades"), el Estudiante y el Padre o el Tutor Legal ("Adulto") que firman este Contrato acuerdan lo siguiente:

1. Es un privilegio y no un derecho, participar en actividades extra-curriculares, incluyendo diversas Actividades. El privilegio puede ser revocado en cualquier momento, por cualquier razón, que no viole las leyes, políticas o procedimientos federales, estatales o de distrito. No hay garantías de que el estudiante sea parte o permanezca en el Equipo, o que participe activamente en los eventos de Equipo, espectáculos, actuaciones o competencias. Tales asuntos permanecerán exclusivamente dentro del criterio y a discreción del Distrito y sus empleados.

2. El Estudiante y el Adulto entienden la naturaleza de la Actividad, y las Actividades asociadas, y el Estudiante desea participar voluntariamente en estas Actividades. El Adulto aprueba la Participación de los Estudiantes en estas Actividades.

3. El estudiante deberá cumplir con las reglas y las instrucciones de los maestros, entrenadores, supervisores, chaperones e instructores de la actividad. Durante la participación del estudiante en actividades, así como en actividades académicas y / o en otras actividades escolares, el estudiante deberá cumplir con todos los códigos de conducta aplicables. El Estudiante también se conducirá de manera general y en todo momento de acuerdo con los más altos estándares morales y éticos para reflejar una imagen positiva de sí mismo, de la Actividad y el Distrito Escolar. El incumplimiento de estas obligaciones puede, a discreción del Distrito Escolar, resultar en la remoción inmediata de las Actividades y la prohibición de cualquier participación futura en dichas Actividades u otras actividades extracurriculares. Si la violación de estas obligaciones también resulta en lesiones corporales o daños a la propiedad durante las Actividades, el Adulto responsable: (a) pagará para restaurar o reemplazar cualquier propiedad dañada como resultado de la violación del Estudiante, (b) pagará cualquier daño por lesiones corporales causadas al individuo, y (c) defenderá, protegerá y mantendrá al Distrito Escolar libre de tales daños materiales o daños corporales.

4. La participación en actividades puede resultar en lesiones, que pueden incluir lesiones graves o potencialmente mortales o la muerte. Las lesiones pueden surgir de las acciones o inacciones del Estudiante, las acciones o inacciones de otro Estudiante o participante en Actividades, o el fallo real o presunto de los empleados, agentes o voluntarios del Distrito para entrenar, entrenar, instruir o supervisar adecuadamente las Actividades. Las lesiones también pueden surgir por un fallo real o de mantenimiento, por el uso, reparación o reemplazo adecuado las instalaciones físicas o equipos disponibles para las Actividades. Todos estos riesgos se consideran inherentes a la participación del Estudiante en dichas Actividades. Por este Acuerdo, se considera que el Estudiante y el Adulto responsable, asumen plenamente todos esos riesgos y, en contraprestación por el derecho del Estudiante a participar en dichas Actividades, entienden y acuerdan que en la medida permitida por la ley, renuncian y liberan de cualquier demanda futura que pudiera interponerse contra el Distrito Escolar, o cualquier Miembro de la Junta Directiva, empleado, agente o voluntario del Distrito ("Partes Liberadas") por o en nombre del Estudiante o cualquier padre, administrador, ejecutor, fideicomisario, Cesionario o familiar y entender que el transporte o las actividades en otro lugar son "viajes de campo" o "excursiones" para las cuales hay inmunidad completa de acuerdo con el Código de Educación § 35330.

5. Si el estudiante cree que existe una condición o circunstancia insegura, o siente o cree que la participación continua en las actividades podría presentar un riesgo de lesión, el estudiante inmediatamente discontinuará la participación en las actividades, notificará al personal de la escuela de la creencia del estudiante y notificará a un Padre o tutor sobre dicha creencia. Cualquier padre o tutor del estudiante no deberá permitir que el estudiante participe en las actividades hasta que la condición insegura o circunstancia sea subsanada, y cualquier pregunta o preocupación relacionada con la supuesta existencia de la condición o circunstancia insegura, resuélvala hasta que este satisfecho.

DISTRITO ESCOLAR RESCUE UNION

6. La información médica de emergencia relacionada con el estudiante está archivada con el distrito y es actual. El Adulto se compromete a proporcionar información médica actualizada durante el curso de la participación del Estudiante en Actividades. Si ocurre una lesión o una emergencia médica durante las Actividades, los empleados, agentes o voluntarios del Distrito tienen mi permiso expreso como administrador o para autorizar la administración de atención urgente o de emergencia, incluyendo el transporte del Estudiante a un proveedor de cuidado urgente o de emergencia. En tales circunstancias, la notificación sobre dicha lesión o emergencia médica, a mí y/o al Contacto de Emergencia puede ser retrasada. Por lo tanto, cualquier proveedor de atención urgente o de urgencia tiene mi autoridad expresa para llevar a cabo procedimientos de diagnóstico o anestésicos y/o para proporcionar atención médica o tratamiento (incluyendo cirugía), según lo juzguen razonable o necesario bajo todas las circunstancias existentes. Todos los costos y gastos asociados con tal cuidado son exclusivamente mi responsabilidad.

7. Los empleados, agentes o voluntarios del Distrito, los miembros de la prensa o los medios de comunicación, u otras personas que puedan asistir o participar en Actividades, podrán fotografiar, grabar en video o tomar declaraciones del Estudiante. Tales fotografías, cintas de video, grabaciones o declaraciones escritas pueden ser publicadas o reproducidas de manera que muestren el nombre, la cara, la semejanza, la voz, los pensamientos, las creencias o la apariencia del estudiante a terceros, incluyendo, sin limitación, webcasts, televisión, películas, periódicos, anuarios y revistas. Estos artículos publicados o reproducidos, con o sin fines de lucro, pueden ser utilizados para fines de seguridad, capacitación, publicidad, noticias, promoción, información o cualquier otro propósito lícito. Por la presente autorizo y consiento a tales publicaciones o reproducciones, sin compensación, y sin reserva ni limitación.

8. Este Acuerdo se regirá por las leyes del Estado de California. Este Acuerdo debe interpretarse ampliamente para hacer cumplir los propósitos y acuerdos establecidos anteriormente y no se interpretará en contra de las Partes Exoneradas únicamente sobre la base de que este Acuerdo fue redactado por el Distrito. Si alguna parte de este Acuerdo se considera inválida o ineficaz, todas las demás disposiciones permanecerán en vigor. No se permite ninguna modificación oral de este Acuerdo, o presunto cambio o modificación de sus términos por conducta posterior o declaraciones orales. Este Contrato contiene el entendimiento único y exclusivo de las partes, sin que haya ninguna otra representación en la que el Adulto o el Estudiante se haya basado para determinar si se debe ejecutar este Acuerdo o acordar participar en las Actividades.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN: (1) ESTOY SUMINISTRANDO DERECHOS REALES O POTENCIALMENTE SUBSTANCIALES PARA PERMITIR QUE EL ESTUDIANTE PARTICIPE EN ACTIVIDADES; (2) HE FIRMADO ESTE ACUERDO SIN NINGUNA INDUCCIÓN O ASEGURAMIENTO DE NINGUNA NATURALEZA Y CON LA TOTAL APRECIACIÓN DE LOS RIESGOS INHERENTES AL PARTICIPAR EN ESTAS ACTIVIDADES; (3) NO TENGO NINGUNA PREGUNTA CON RESPECTO AL ALCANCE O INTENCIÓN DE ESTE ACUERDO; (4) TENGO EL DERECHO Y LA AUTORIDAD DE ENTRAR EN ESTE ACUERDO, Y DE OBLIGARME A SEGUIR LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO, ASI COMO AL ESTUDIANTE Y CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA, REPRESENTANTE PERSONAL, HEREDERO, FIDEICOMISARIO O TUTOR; (5) HE EXPLICADO ESTE ACUERDO AL ESTUDIANTE, QUIEN ENTIENDE SUS OBLIGACIONES.

Nombre impreso del padre/tutor

Firma

Fecha

Como Estudiante, entiendo y acepto todas las obligaciones que se me imponen en este Acuerdo.

Nombre impreso del Estudiante

Firma

Fecha

DISTRITO ESCOLAR RESCUE UNION

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE CONMOCIONES Y LESIONES EN LA CABEZA

Nom. del Estudiante		Domicilio:	
Grado:		Teléfono:	
Escuela:	Año Escolar:	Fech. Nac.	

De conformidad con la Sección 49475 del Código de Educación, antes de que un Estudiante pueda probar, practicar o competir en cualquier programa atlético extracurricular patrocinado por el Distrito, incluidos los programas interescolares, intramuros u otros deportes o recreación (incluidos los equipos de porristas / baile y la banda de música), pero excluyendo los cursos de educación física para obtener crédito, el estudiante y el padre / tutor legal deben revisar y ejecutar esta Hoja de información de Conmoción cerebral y lesiones en la cabeza. Una vez firmada, la hoja es válida por un año académico (de otoño a primavera) y es aplicable a todos los programas que el estudiante puede participar.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA CONMOCIÓN

Si se sospecha que un estudiante sufre una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza durante una actividad atlética, el estudiante deberá ser retirado inmediatamente de la actividad. El estudiante no podrá reanudar ninguna participación en la actividad hasta que haya sido evaluado por un proveedor de atención médica con licencia (MD o DO para deportes interescolares gobernados por CIF; MD, DO, enfermera practicante o asistente de médico para todos otros deportes / actividades atléticas), quien debe declarar afirmativamente (1) que ha sido capacitado en el manejo de conmociones cerebrales y está actuando dentro del alcance de su práctica de licencia, y (2) el estudiante ha sido evaluado por el personal de atención médica proveedor y ha recibido una autorización médica completa para reanudar la participación en la actividad. Por ley, no puede haber excepciones a este requisito de autorización mediática.

Dependiendo de las circunstancias de una práctica o juego en particular, un árbitro/árbitro supervisor, entrenador/entrenador asistente, entrenador atlético o asistente proveedor de atención médica puede determinar que un estudiante debe ser retirado de una actividad debido a una conmoción cerebral o sospecha potencial de lesión en la cabeza. Se utilizarán las siguientes pautas: (1) en el caso de pérdida de conciencia real o percibida, el estudiante debe ser retirado inmediatamente de la actividad; (2) en todos los demás casos, se utilizarán herramientas estandarizadas de evaluación de conmociones cerebrales (p. Ej., Herramienta de evaluación de conmociones cerebrales de línea lateral (SCAT-II*), evaluación estandarizada de conmociones cerebrales (SAC*) o el protocolo del sistema de puntuación de errores de equilibrio (BESS*)) como base para determinar si el estudiante debe ser retirado de la actividad. Para la seguridad y protección del estudiante, una vez que un supervisor toma la determinación de que un estudiante debe ser retirado de la actividad debido a la posible existencia de una concisión o lesión en la cabeza, ningún otro entrenador, jugador, padre u otra persona involucrada puede anular esta determinación.

Una vez que un estudiante es retirado de una actividad, el padre/tutor debe buscar de inmediato una evaluación médica por parte de un proveedor de atención médica con licencia, incluso si el estudiante no describe o muestra inmediatamente síntomas físicos de conmoción cerebral (dolor de cabeza, presión en la cabeza, dolor de cuello, náuseas o vómitos, mareos, visión borrosa, problemas de equilibrio, sensibilidad a la luz o al sonido, sentirse "lento" o "no bien", dificultad de concentración o memoria, confusión, somnolencia, irritabilidad o emocionalidad, ansiedad o nerviosismo, o dificultad para quedarse dormido). Si el estudiante informa o muestra algún síntoma, se debe obtener atención médica inmediata. Si un padre o tutor legal no estuviere disponible de inmediato para tomar una decisión sobre el cuidado de la salud, el Distrito se reserva el derecho de que el estudiante sea llevado para una evaluación de emergencia o urgente o cuidado mediático siguiendo la autorización contenida en el Acuerdo para la Participación del Equipo.

Fecha: _____ Fecha: _____

Estudiante: _____ Adulto: _____

Firma del Estudiante: _____ Firma del Adul. _____

*Por sus siglas en inglés



FORMA PARA DONAR AL EQUIPO ATLÉTICO DE LA ESCUELA MARINA VILLAGE

Queremos asegurarnos de que nuestros atletas cuenten con el equipo apropiado, uniformes actualizados, entrenadores capacitados, funcionarios capacitados para officiar competencias y transporte a eventos deportivos. Se solicita \$50.00, por atleta, por deporte para ayudar con estos gastos.

Por favor complete este formulario y regréselo con su donación.

Nombre del Estudiante: _____

Adjunto mi donación deportiva de \$ 50.00

Efectivo

Cheque _____ (# de cheque)

Me gustaría hacer una donación adicional de \$ _____
al departamento de atletismo de Marina Village

Agradecemos su apoyo al ayudarnos a mantener el programa atlético en Marina Village Middle School. Los estudiantes que se prueban para un deporte de "corte" pueden esperar hasta que se completen las pruebas. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al (916) 933-3993