



Saludos Padres y Tutores de Estudiantes de CSDB,

¡Bienvenido de nuevo al año escolar en CSDB 2024-2025!

Ofreceremos una variedad de deportes y actividades este año. Consulte las fechas a continuación. Si su hijo está interesado en participar, complete los formularios en línea y trae las copias originales al Director Atlético el primer día de clases el 12 de agosto 2022. Los formularios firmados deben recibirse para participar en cualquier práctica, juego o encuentro. **Se cobrarán tarifas deportivas de \$50 por deporte** al comienzo de cada temporada. Se le notificará que la tarifa vence y debe pagarse el primer día de práctica programada. La tarifa atlética ayuda a cubrir el costo de transporte, comidas, equipo, tarifas de la liga y otros gastos. Puede haber una tarifa adicional por viajes fuera del estado. Se le enviará información sobre tarifas adicionales en el momento apropiado, por favor, espere hasta \$150.00 por cada viaje fuera del estado. Los viajes fuera del estado serán solo para deportes de la escuela secundaria.

- **Voleibol de MS y HS** - Primera práctica es el 13 de agosto y termina el 30 de octubre de 2024.
- **Goalball de MS y HS** – Primera práctica es el 3 de septiembre y termina el 17 de diciembre de 2024.
- **Baloncesto de MS** - Primera práctica es el 28 de octubre y termina el 16 de enero de 2025.
- **Baloncesto de HS** - Primera práctica para HS es el 18 de noviembre y termina el 12 de feb. de 2025.
- **Carreras de MS y HS** - Primera práctica el 3 de marzo y termina el 165 de mayo de 2025.
- **Olimpiadas Especiales** ofrecerán boliche, baloncesto y carreras (comuníquese con Jessica Rawlins al jrawlins@csdb.org para obtener más detalles. Los Olimpiadas Especiales requieren varios formularios que se completen)
- **También ofrecemos muchas actividades después de la escuela, si desea obtener más información, envíeme un correo electrónico. Ofreceremos fútbol bandera, fútbol, tiro con arco, aventuras elementales y otras actividades que estarán abiertas a todos los grados.**

Tendremos a nuestro Director Médico de la escuela, el Dr. Gage, en el campus para hacer exámenes físicos deportivos para nuestros atletas. Estará disponible para citas durante el año escolar. El costo del examen físico es de \$20. Envíe un correo electrónico a Max Wilding a mwilding@csdb.org lo antes posible si desea programar una cita para que su atleta reciba un examen físico aquí en la escuela. Por favor, comprenda que el formulario físico de antecedentes médicos debe ser completado y firmado por los padres / tutores **antes** del examen físico.

No dude en ponerse en contacto conmigo directamente con sus preguntas o inquietudes.

Atentamente,

Max Wilding

CSDB Especialista de Actividades y Director de Atletismo

mwilding@csdb.org Text- 719-726-5165 / VP 719-358-2629





Bienvenido al Programa de Atletismo de CSDB. En este paquete, encontrará todos los formularios necesarios para completar para participar en el Programa de Atletismo 2024-2025. De acuerdo con el reglamento 1780.1 de la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Colorado (CHSAA) y las políticas de CSDB, se deben completar varios formularios antes del primer juego de cada deporte. Se requiere un examen físico adecuado por parte de un médico autorizado dentro de los 365 días anteriores a la participación en los deportes.

Lista de verificación para padres y deportistas

___ Formulario de historial médico *páginas 1 y 2 (debe completarlo el tutor legal o el padre antes de la cita para el examen físico).

___ Formulario de examen físico *página 3 (debe completarlo el proveedor).

___ Formulario de elegibilidad médica *página 4 (debe completarlo el proveedor).

___ Formulario opcional para deportistas con discapacidades *página 5 (debe completarlo el tutor o los padres).

___ Formulario de conmoción cerebral *página 6 (debe completarlo el tutor o los padres y el deportista).

___ Política de JJJ-E: reglas para los atletas participantes *página 7 (para que la completen el tutor/padres y el atleta).

___ Tarifa deportiva adjunta de \$50 por deporte (aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta en línea)

Una vez que los padres o tutores hayan firmado todos los formularios y un médico haya realizado el examen físico, devuelva todos los formularios necesarios al director deportivo del CSDB, Max Wilding, lo antes posible. Puede enviar los formularios por correo electrónico a mwilding@csdb.org o traerlos en persona.

¡Gracias y que tengas un gran año!

Go Bulldogs



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 1 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

1

Revisado 5/24

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Información de Estudiante (a ser completada por el estudiante y los padres) *en letra de imprenta legible*

Nombre completo del estudiante: _____ Género: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Numero de teléfono: (____) _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
 Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
 Teléfono celular de contacto de emergencia: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____
 Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: (____) _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales:

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos y las fechas:

Medicamentos y suplementos (enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (a base de hierbas y nutricionales) actuales):

¿Tienes alguna alergia? En caso afirmativo, enumere todas sus alergias (es decir, medicamentos, polen, alimentos, insectos):

Cuestionario de Salud del Paciente versión 4 (PHQ-4)

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Respuesta en círculo)

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso o ansioso	0	1	2	3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido o desesperanzado	0	1	2	3

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA (continuación)		Sí	No
Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario. Encierra en un círculo las preguntas si no sabes la respuesta.							
1	¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?			8	¿Alguna vez un médico ha solicitado una prueba para su corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía (ECHO)?		
2	¿Alguna vez un proveedor le ha negado o restringido su participación en deportes por cualquier motivo?			9	¿Te sientes mareado o te falta el aire que tus amigos durante el ejercicio?		
3	¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?			10	¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDÍACA		Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDÍACA DE SU FAMILIA		Sí	No
4	¿Alguna vez te has desmayado o casi te has desmayado durante o después de ejercicio?			11	¿Algún miembro de la familia o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años? (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)		
5	¿Alguna vez ha tenido molestias, dolor, opresión o presión en ¿Tu pecho durante el ejercicio?			12	¿Alguien en tu familia tiene un problema cardíaco genético, como miocardiopatía hipertrófica (MCH), síndrome de Marfan, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD), síndrome de QT largo (SQTL), síndrome de QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
6	¿Alguna vez tu corazón se acelera, revolotea en tu pecho o se salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?			13	¿Alguien en su familia ha tenido un marcapasos o un implante? ¿Desfibrilador antes de los 35 años?		
7	¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene algún problema cardíaco?						



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 2 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: / / Escuela: _____

PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES		Sí	No	PREGUNTAS MÉDICAS (continuación)		Sí	No
14	¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés?			26	¿Te preocupa tu peso?		
15	¿Alguna vez se lesionó un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón? ¿Qué te hizo perderte una práctica o un partido?			27	¿Está tratando o alguien le ha recomendado que aumente o pierda peso?		
16	¿Tiene una lesión en los huesos, músculos, ligamentos o articulaciones que actualmente le molesta?			28	¿Sigues una dieta especial o evitas ciertos tipos de alimentos o grupos de alimentos?		
PREGUNTAS MÉDICAS		Sí	No	29	¿Alguna vez has tenido un trastorno alimentario?		
17	¿Tose, tiene sibilancias o dificultad para respirar durante o después del ejercicio, o alguna vez un proveedor le ha diagnosticado asma?			Explique las respuestas afirmativas aquí: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
18	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo, el bazo o cualquier otro órgano?						
19	¿Tiene dolor en la ingle o los testículos, o una protuberancia o hernia dolorosa? ¿En la zona de la ingle?						
20	¿Tienes erupciones cutáneas recurrentes o erupciones cutáneas que aparecen y desaparecen, como herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM)?						
21	¿Ha tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que le causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?						
22	¿Alguna vez ha tenido entumecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o las piernas, o no ha podido mover los brazos o las piernas después de recibir un golpe o una caída?						
23	¿Alguna vez te has enfermado mientras hacías ejercicio en el calor?						
24	¿Usted o alguien de su familia tiene el rasgo o la enfermedad de células falciformes?						
25	¿Alguna vez has tenido o tienes algún problema con los ojos o la visión?						

La participación en deportes en la escuela secundaria no está exenta de riesgos. El estudiante-atleta y el padre/tutor reconocen que las respuestas veraces a las preguntas anteriores permiten que un médico capacitado evalúe al estudiante-atleta individual contra los factores de riesgo asociados con las lesiones y la muerte relacionadas con el deporte. El estatuto 1780.1 de CHSAA establece: "Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que haya una declaración en el archivo con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un practicante con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado en los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria; y (c) que tiene el consentimiento de sus padres o tutor legal para participar. Esta evaluación física previa a la participación se completará cada año antes de participar en una competencia atlética interescolar o participar en cualquier práctica, prueba, entrenamiento, acondicionamiento u otra actividad física, incluidas las actividades que ocurren fuera del año escolar.

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que nuestras respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Ningún alumno participará en la práctica formal o representará a su escuela en atletismo interescolar hasta que este formulario se complete en su totalidad y la página 4 esté archivada con el director o director atlético firmada por sus padres o tutor legal y un profesional con licencia en los Estados Unidos para realizar exámenes físicos deportivos que certifique que: (a) ha pasado un examen físico adecuado dentro de los últimos 365 días calendario; (b) que, en opinión del practicante con licencia examinador, él/ella/ellos están físicamente aptos para participar en el atletismo de la escuela secundaria. El Comité Asesor de Medicina Deportiva de CHSAA recomienda encarecidamente una evaluación médica con su proveedor de atención médica para detectar factores de riesgo de paro cardíaco repentino, que pueden incluir las pruebas especiales enumeradas anteriormente.

Nombre del estudiante-atleta: _____ (impreso) Firma del estudiante-atleta: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del Padre/Tutor: _____ (impreso) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del Padre/Tutor: _____ (impreso) Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Modificada de © 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Estadounidense de Ortopedia para Medicina Deportiva y Academia Estadounidense de Medicina Deportiva Osteopática. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.



EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Página 3 de 4)

Este formulario de historia clínica debe ser conservado por el proveedor de atención médica y/o los padres y no convertido en la escuela.

El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

3

Revisado 5/24

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____

RECORDATORIOS PARA MÉDICOS:

Considere preguntas adicionales sobre temas más delicados.

• ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?	• ¿Alguna vez te has sentido triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
• ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?	• Durante los últimos 30 días, ¿consumió tabaco de mascar, rapé o salsa?
• ¿Alguna vez has tomado algún suplemento que te ayude a ganar o perder peso o mejorar tu rendimiento?	
• ¿Alguna vez has tomado esteroides anabólicos o usado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?	

Verifique la finalización de la historia clínica (páginas 1 y 2), revise estas respuestas de la historia clínica como parte de su evaluación. Las preguntas sobre la historia cardiovascular/síntomas incluyen la pregunta 4 a la pregunta 13 del formulario de historia clínica. (marque la casilla si está completa)

EXAMEN		
Altura:	Peso:	
BP: / (/)	Pulso:	Visión: R 20/ L 20/ Corregido: Sí No
MÉDICO: el profesional de la salud debe poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Apariencia <ul style="list-style-type: none"> Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar arqueado alto, tórax en embudo, aracnodáctilo, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica) 		
Ojos, oídos, nariz y garganta <ul style="list-style-type: none"> Pupilas de los ojos iguales Oído 		
Ganglios linfáticos		
Corazón <ul style="list-style-type: none"> Soplos (auscultación de pie, auscultación supina y maniobra de Valsalva) 		
Pulmones		
Abdomen		
Piel <ul style="list-style-type: none"> Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o tiña del cuerpo 		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO - profesional de la salud deberá poner sus iniciales en cada evaluación	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos de los pies		
Funcional <ul style="list-style-type: none"> Prueba de sentadilla con dos piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída de caja o caída de paso 		

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: ___/___/___

Dirección: _____ Teléfono: () _____ Correo electrónico: _____

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____



El documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de firma que se indica a continuación.

Revisado 4/24

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Información del estudiante (debe ser completada por el estudiante y los padres) impresa de manera legible

Nombre completo del estudiante: _____ Género : _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Escuela: _____ Grado en la escuela: _____ Deporte(s): _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de casa: () _____
Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono celular de contacto de emergencia: () _____ Teléfono del trabajo: () _____ Otro teléfono: () _____
Proveedor de atención médica familiar: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono de la oficina: () _____

- Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones
Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de: (use una hoja adicional, si es necesario)
Médicamente elegible solo para ciertos deportes como se enumeran a continuación:

No es médicamente elegible para ningún deporte

Recomendaciones: (utilizar hoja adicional, si es necesario)

Por la presente certifico que he examinado al estudiante-atleta mencionado anteriormente utilizando la Evaluación Física de Preparticipación de CHSAA y he proporcionado la(s) conclusión(es) enumerada(s) anteriormente. Se ha conservado una copia del examen y los padres pueden acceder a él si lo solicitan. Cualquier lesión u otra afección médica que surja después de la fecha de esta autorización médica debe ser evaluada, diagnosticada y tratada adecuadamente por un profesional de la salud adecuado antes de participar en las actividades.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha del examen: / / _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____

Firma del Profesional de la Salud: _____ Credenciales: _____ Licencia #: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA: completada en el momento de la evaluación por el profesional y los padres.

Marque esta casilla si no hay un historial médico relevante para compartir relacionado con participación en deportes competitivos.

Sello del proveedor (si la escuela lo requiere)

Medicamentos: (use una hoja adicional, si es necesario)

Lista: _____

Historial médico relevante que debe ser revisado por el entrenador atlético / médico del equipo: (explique a continuación, use una hoja adicional, si es necesario)

- Alergias Asma Conmoción cerebral cardíaca/cardíaca Diabetes Enfermedad por calor Antecedentes quirúrgicos ortopédicos
Rasgo de células falciformes Salud mental

Explicar: _____

Firma del alumno: _____ Fecha: ___/___/___ Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Por la presente declaramos, a nuestro leal saber y entender, que la información registrada en este formulario es completa y correcta.

Este formulario no se considera válido a menos que todas las secciones estén completas.



Colorado School for the Deaf and the Blind

Año escolar: 2024-2025

Departamento de Atletismo

FORMULARIO DE ACUERDO DE CONMOCIÓN CEREBRAL

RECUERDO: Las conmociones cerebrales afectan a las personas de manera diferente. La mayoría de los atletas con conmoción cerebral se recuperan rápida y completamente, algunos tendrán síntomas que durarán días o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar meses o más.

Es mejor perderse un partido que toda la temporada.

ESTATUTO DE CONCUSIÓN DE CHSAA: Cualquier atleta que muestre signos, síntomas o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral (como pérdida del conocimiento, dolor de cabeza, mareos, confusión o problemas de equilibrio) deberá ser retirado inmediatamente de la participación y no podrá volver a jugar hasta que lo autorice un profesional de la salud autorizado. (Doctor en Medicina, Doctor en Medicina Osteopática, Enfermero Practicante Licenciado, Asistente Médico Licenciado o Doctor en Psicología Licenciado con Capacitación en Neuropsicología o Evaluación y Manejo de Conmociones Cerebrales).

Cualquier profesional de la salud o entrenador de CHSAA puede identificar signos, síntomas o comportamientos de conmoción cerebral de un estudiante atleta durante cualquier tipo de actividad deportiva. Una vez que se identifican los signos de conmoción cerebral, solo un profesional de la salud con licencia (como se define anteriormente) puede autorizar al atleta para que vuelva a jugar.

Protocolo de vuelta al juego antes de retomar la actividad cognitiva y física con la ayuda de médicos, entrenadores, preparadores deportivos y profesores.

Hemos leído la Hoja de Información sobre Conmociones Cerebrales y entendemos las expectativas establecidas. Entendemos el Estatuto de Conmoción Cerebral de la Asociación de Actividades de Escuelas Secundarias de Colorado.

Nombre del Estudiante-Atleta:

Fecha:

Nombre del Padre o Tutor:

Fecha:

Reglas para los atletas participantes Año escolar 2024-2025

Todos los atletas que participan en atletismo Inter-escolar en CSDB deben cumplir con las reglas generales establecidas por el Departamento de Atletismo. Las reglas para la participación deportiva están de acuerdo con las pautas de la Asociación de Actividades de la Escuela Secundaria de Colorado (CHSAA) y las políticas de CSDB.

Reglas Generales

- Los atletas de secundaria deben mantener un GPA de 2.0 o más (cada semestre) para participar en deportes.
- Los atletas deben asistir a la escuela durante todo el día escolar para poder participar en las actividades patrocinadas por CHSAA. En caso de situaciones de emergencia, el Director de Atletismo / Directores de Escuelas / Coordinador de Vida Estudiantil puede otorgar una excepción.
- Los atletas deben presentar una declaración de examen físico al Director de Atletismo antes de participar en cualquier deporte.
- Los atletas conocidos que usan o están en posesión de tabaco, alcohol y / o drogas serán automáticamente despedidos del equipo por el resto de la temporada (en ese deporte); si se descubre por segunda vez, los estudiantes serán excluidos de cualquier deporte durante un año calendario completo (365 días a partir de la fecha del incidente).
- Los atletas que hayan sido atendidos y atendidos por el personal de Servicios de Salud Estudiantil durante más de una hora no podrán participar en el juego de ese día. Los estudiantes que han perdido dos o más días de escuela, en una semana, no pueden jugar en el juego de esa semana.
- Los atletas deben pagar la cuota de participación deportiva o establecer un plan de pago con el Director de Atletismo al final de la primera semana de práctica. Si la cuota de participación en el deporte no se paga, o los arreglos de pago no se realizan al final de la primera semana de práctica, entonces el estudiante no podrá participar en prácticas o juegos hasta que se realicen el pago o los arreglos de pago. Si se arregla el plan de pago, se requiere el pago mensual.
- Los atletas que abandonan el equipo tienen dos días para decidir regresar al equipo. La tarifa no se reembolsará si un atleta abandona el equipo. Además, si un estudiante es retirado del equipo, CSDB no reembolsará la tarifa.

- Los atletas pueden participar en la lucha libre y el baloncesto, si los horarios lo permiten. Los entrenadores deben estar de acuerdo, en diciembre, si un estudiante puede pasar de un deporte a otro (es decir, la lucha al baloncesto o viceversa).
- Los atletas que violen el código de conducta de CSDB y / u otras reglas de la escuela no serán elegibles para participar en deportes hasta que cumplan con todas las sanciones disciplinarias.
- Los atletas que reciban dos calificaciones bajas en cualquier período de dos semanas, no serán elegibles para participar en juegos / encuentros oficiales durante las siguientes dos semanas. Sin embargo, todavía se espera que estos atletas entrenen con el equipo.
- CSDB despedirá a un atleta del equipo, si el atleta no es elegible dos veces (2 semanas de inelegibilidad) durante la temporada.
- Los atletas que son vistos por un médico o médico, para un tratamiento de emergencia, deben presentar un formulario de renuncia al Director de Deportes, antes de que se les permita practicar o jugar.
- Los atletas que rompen las reglas de la escuela / equipo se reunirán con el Director de Atletismo y el Coordinador de Vida Estudiantil, para apelar la posibilidad de ser despedidos del equipo, dependiendo de la gravedad de la situación.
- Los estudiantes que no cuiden de los uniformes / equipos serán responsables de los costos de reemplazo. Los atletas deben devolver los uniformes dentro de una semana a los entrenadores, después de la temporada o después de abandonar / abandonar el equipo.
- Se espera que los atletas muestren buena deportividad en temporada y fuera de temporada. Representan a CSDB y son modelos para seguir, en el campus, fuera del campus y en la comunidad en general durante todo el año escolar

Hemos leído lo anterior y aceptamos cumplir con las reglas establecidas.

Nombre del Estudiante (letra molde):

Fecha:

Firma del Estudiante:

Firma de Padres: