



Glacial Drumlin School Athletics/Activities Registration

Escuela Glacial Drumlin

Inscripción para deportes/actividades

Athletics Registration Form

Formulario de la inscripción del atleta

Student Last Name/Apellido del estudiante: _____

Student First Name/ Nombre del estudiante: _____

Grade/Grado: _____

Student ID Number/Número de identificación del estudiante _____

Sport/Deporte: _____

Parent/Guardian/ Padre/tutor: _____

Phone Number/Número de teléfono: _____

Relationship to Student/Relación con el estudiante: _____

Parent/Guardian/Emergency Contact/Padre /tutor/contacto de emergencia:

Phone Number/Número de teléfono: _____

Relationship to Student/Relación con el estudiante: _____

Parent/Guardian/Emergency Contact/Padre/tutor/contacto de emergencia: _____

Phone Number/Número de teléfono: _____

Relationship to Student/Relación con el estudiante: _____

Primary Medical Insurance Company or Plan/Compañía o plan de seguro médico principal:

Member Number ID/Número ID de miembro: _____

Hospital Preference/Preferencia de hospital: _____

Family Doctor/Médico de cabecera: _____

Family Dentist/Dentista familiar: _____

Health Concerns/Problemas de salud: _____

Allergies/Alergias: _____

Asthma/Asma: Y/N Si/No **Contact Lenses/Lentes de contacto:** Y/N Si/No

Concussions/Conmociones cerebrales: Y/N Si/No **How many?/¿cuántas?** _____

After a reasonable attempt to contact the above named parent/guardian/emergency contact, I understand to hereby consent any duly authorized member of the school athletic staff including the athletic director, athletic trainer, or coaches, to make decisions regarding transporting and/or treatment of the above named athlete to an appropriate health facility. Después de un intento razonable de contactar al padre / tutor / contacto de emergencia mencionado anteriormente, entiendo que por la presente doy mi consentimiento a cualquier miembro autorizado del personal atlético de la escuela, incluido el director atlético, el entrenador atlético o los entrenadores, para tomar decisiones con respecto al transporte y / o el tratamiento del atleta mencionado anteriormente en un centro de salud apropiado.

Acknowledgement and Assumption of the Risk

We acknowledge that there are risks that the student listed below may sustain injury while participating in athletic activities under the supervision of Glacial Drumlin School and its staff even though the school strives to implement proper and safe coaching techniques. We understand that these risks may include injury, illness, disability, or death. We hereby acknowledge and assume such risks in participating in athletic activities.

Reconocemos que existen riesgos de que el estudiante mencionado a continuación pueda sufrir lesiones mientras participa en actividades deportivas bajo la supervisión de la escuela preparatoria de Glacial Drumlin y su personal, aunque la escuela se esfuerza por implementar técnicas de entrenamiento adecuadas y seguras. Entendemos que estos riesgos pueden incluir lesiones, enfermedades, discapacidades o la muerte. Por la presente reconocemos y asumimos dichos riesgos al participar en actividades deportivas.

We understand the term “injury” includes a scope of mild, moderate, severe, and/or catastrophic physical ailments, harms, wounds, or consequences that may result from participation in athletic activities.

Entendemos que el término "lesión" incluye una gama de dolencias físicas, daños, heridas o consecuencias leves, moderadas, graves y/o catastróficas que pueden resultar de la participación en actividades deportivas.

We realize that it is necessary for our student to report promptly to the coach/advisor/athletics trainer any signs or symptoms of any physical distress, as well as to act in a responsible manner at all times, in order to minimize the risk of injury, illness, disability, or death while participating in the athletic program.

Nos damos cuenta de que es necesario que nuestro estudiante informe de inmediato al entrenador/asesor/preparador de atletismo cualquier signo o síntoma de angustia física, así como actuar de manera responsable en todo momento, para minimizar el riesgo de lesiones, enfermedad, discapacidad o muerte mientras participa en el programa atlético.

Parental Acknowledgement of Risk/Informed Consent for Evaluation and Treatment /

Reconocimiento de riesgo de los padres / consentimiento informado para evaluación y tratamiento:

I realize there is a possibility that my child may suffer severe injury, illness, disability, or death as a result of participation in athletic activities. I understand that the District does not provide health or accident insurance for injuries incurred by my child during athletic events. I understand that it is my sole responsibility to obtain health or any other type of insurance to cover any costs that might arise from injuries, illness, disability, death or property damage, arising out of my child's participation in athletic activities.

Me doy cuenta de que existe la posibilidad de que mi hijo/a sufra lesiones graves, enfermedades, discapacidades o la muerte como resultado de la participación en actividades deportivas. Entiendo que el Distrito no proporciona seguro de salud o de accidentes por las lesiones sufridas por mi hijo/a durante los eventos deportivos. Entiendo que es mi responsabilidad exclusiva obtener un seguro de salud o de cualquier otro tipo para cubrir los costos que puedan surgir de lesiones, enfermedades, discapacidades, muerte o daños a la propiedad que surjan por la participación de mi hijo/a en actividades deportivas.

Signature of Parent / Firmadel Padre: _____ **Date/Fecha:** _____

Signature of Student / Firmadel estudiante: _____ **Date/Fecha:** _____

Athletic/Activities Parent Transportation Responsibility / Responsabilidad de transporte de los padres para deportes/actividades

I understand that my student will be participating in athletic or extracurricular activities in which practice or actual events may take place at various site locations, other than at the school building of attendance, and that scheduled time for practice as well as events may vary. I agree to be fully responsible for the transportation of my child to any location for practice or events as scheduled. I understand that the school district has no liability for such transportation, and I accordingly acknowledge and assume the risk that my child may suffer severe injury, illness, disability, or

death, as a result of such transportation. Accordingly, in the event of injury, illness, disability, or death, I will not file a claim against or sue the Monona Grove School District or its officers, agents, employees, or representatives as a result of such transportation.

Entiendo que mi estudiante participará en actividades atléticas o extracurriculares en las que la práctica o los eventos reales pueden tener lugar en varios lugares del sitio, que no sea el edificio escolar de asistencia, y que el tiempo programado para la práctica y los eventos puede variar. Acepto ser completamente responsable del transporte de mi hijo/a a cualquier lugar para la práctica o eventos según lo programado. Entiendo que el distrito escolar no tiene ninguna responsabilidad por dicho transporte y, en consecuencia, reconozco y asumo el riesgo de que mi hijo/a pueda sufrir lesiones graves, enfermedades, discapacidades o la muerte como resultado de dicho transporte. En consecuencia, en caso de lesión, enfermedad, discapacidad o muerte, no presentaré un reclamo ni demandaré al Distrito Escolar de Monona Grove ni a sus funcionarios, agentes, empleados o representantes como resultado de dicho transporte.

In addition, I understand that the school district will provide vehicle transportation to athletic and extracurricular contests held outside the school district except those held in Dane County. My student will ride in the vehicle with the team to/from competitions when such transportation is provided.

Además, entiendo que el distrito escolar proporcionará transporte en vehículos a las competencias deportivas y extracurriculares que se lleven a cabo fuera del distrito escolar, excepto las que se llevan a cabo en el condado de Dane. Mi estudiante viajará en el vehículo con el equipo hacía/desde las competencias cuando se proporcione dicho transporte.

Signature of Parent / Firmadel Padre: _____ **Date/Fecha:** _____

Signature of Student / Firmadel estudiante: _____ **Date/Fecha:** _____

Parent & Athlete Agreement

Acuerdo Para Padres y Atletas

As a parent/guardian and as an athlete it is important to recognize the signs, symptoms, and behaviors of concussions and sudden cardiac arrest. By signing this form, you are stating that you have read the Department of Public Instruction's (DPI) and the Wisconsin Interscholastic Athletic Association (WIAA) Concussion and Head Injury information sheet and Sudden Cardiac Arrest Information sheet.

Como padre/tutor y como atleta, es importante reconocer los signos, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales y el paro cardíaco repentino. Al firmar este formulario, declara que ha leído la hoja de información sobre conmoción cerebral y lesiones en la cabeza y la hoja de información sobre paro cardíaco repentino del Departamento de Instrucción Pública (DPI) y de la Asociación Atlética Interescolar de Wisconsin (WIAA).

Parent Agreement / Acuerdo de los padres

I, _____ have read the DPI's Concussion and Head Injury Information sheet. I have had the opportunity to read more information about concussions on the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) websites. I understand what a concussion is and how it may be caused. I also understand the common signs, symptoms, and behaviors. I agree that my child must be removed from practice/play if a concussion is suspected.

Yo, _____, he leído la hoja de información sobre lesiones en la cabeza y conmociones cerebrales del DPI. He tenido la oportunidad de leer más información sobre las conmociones cerebrales en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. También entiendo los signos, síntomas y comportamientos comunes. Acepto que mi hijo/a no debe participar en la práctica/ el partido si se sospecha una conmoción cerebral.

I understand that it is my responsibility to seek medical treatment if a suspected concussion is reported to me. I understand that my child cannot return to practice/play until they are evaluated by an appropriate health care provide and provide written clearance from the health care provider to their coach.

Entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me informa una sospecha de conmoción cerebral. Entiendo que mi hijo/a no puede volver a practicar/jugar hasta que sea evaluado/a por un proveedor de atención médica apropiado y proporcione una autorización por escrito del proveedor de atención médica a su entrenador.

I understand concussions can have a serious effect on a young, developing brain and need to be addressed correctly.

Entiendo que las conmociones cerebrales pueden tener un efecto grave en un cerebro joven en desarrollo y deben abordarse correctamente.

I have read the Sudden Cardiac Arrest information sheet. I understand that my child should stop activity/exercise immediately if they have any warning signs of sudden cardiac arrest. I understand it is recommended if my child has any warning signs of sudden cardiac arrest while exercising, they have a medical examination before exercising or returning to participation in their sport. I understand that I or my child should report a family history of heart problems or warning signs of sudden cardiac arrest to the healthcare provider doing the medical examination.

He leído la hoja de información sobre el paro cardíaco súbito. Entiendo que mi hijo/a debe dejar de hacer actividad/ejercicio inmediatamente si tiene alguna señal de advertencia de un paro cardíaco repentino. Entiendo que se recomienda que si mi hijo/a tiene algún signo de advertencia de un paro cardíaco repentino mientras hace ejercicio, se someta a un examen médico antes de hacer ejercicio o volver a participar en su deporte. Entiendo que mi hijo/a o yo debemos informar los antecedentes familiares de problemas cardíacos o las señales de advertencia de un paro cardíaco repentino al proveedor de atención médica que realiza el examen médico.

I understand how to request at my cost the administration of an electrocardiogram, in addition to a comprehensive physical examination required to participate in a youth athletic activity. I understand the athletic director may be able to assist me.

Entiendo cómo solicitar a mi costo la administración de un electrocardiograma, además de un examen físico integral requerido para participar en una actividad deportiva juvenil. Entiendo que el director deportivo puede ayudarme.

Signature of Parent / Firmadel Padre: _____ **Date/**Fecha: _____

Athlete Agreement / Acuerdo del atleta

I, _____ have read the **Concussion and Head Injury Information sheet**. I have had the opportunity to read more information on concussions on the Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) websites. I understand what a concussion is and how it may be caused. I also understand the common signs, symptoms, and behaviors. I understand the importance of reporting a suspected concussion to my coaches and my parents/guardian. I understand that I must be removed from practice/play if a concussion is suspected. I understand that I must be evaluated by an appropriate health care provider and provide to my coach written clearance to participate in the activity from the health care provider before I may return to practice/play. I understand that after a head injury my brain needs time to heal and that it may not heal properly if I return to practice/play too soon. I have read the **Sudden Cardiac Arrest Information sheet**. I understand that I should stop activity/exercise immediately if I have any warning signs of sudden cardiac arrest and report the symptoms to my coaches and my parents/guardians.

Yo, _____ he leído la hoja de información sobre conmociones cerebrales y lesiones en la cabeza. He tenido la oportunidad de leer más información sobre las conmociones cerebrales en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. También entiendo los signos, síntomas y comportamientos comunes.

I understand that I must be removed from practice/play if a concussion is suspected. I understand that I must be evaluated by an appropriate health care provider and provide to my coach written clearance to participate in the activity from the health care provider before I may return to practice/play.

Entiendo la importancia de informar una sospecha de conmoción cerebral a mis entrenadores y mis padres/tutores. Entiendo que no debo participar en la práctica/el partido si se sospecha una conmoción cerebral. Entiendo que debo ser evaluado/a por un proveedor de atención médica apropiado y proporcionar a mi entrenador una autorización por escrito para participar en la actividad del proveedor de atención médica antes de que pueda volver a practicar/jugar.

I understand that after a head injury my brain needs time to heal and that it may not heal properly if I return to practice/play too soon.

Entiendo que después de una lesión en la cabeza, mi cerebro necesita tiempo para sanar y que es posible que no se cure correctamente si vuelvo a practicar/jugar demasiado pronto.

I have read the Sudden Cardiac Arrest Information sheet. I understand that I should stop activity/exercise immediately if I have any warning signs of sudden cardiac arrest and report the symptoms to my coaches and my parents/guardians.

He leído la hoja de información sobre el paro cardíaco súbito. Entiendo que debo detener la actividad/ejercicio inmediatamente si tengo algún signo de advertencia de un paro cardíaco repentino e informar los síntomas a mis entrenadores y mis padres/tutores.

Signature of Student / Firmadel estudiante: _____ **Date/**Fecha: _____

The Monona Grove Board of Education sponsors activities as learning opportunities that contribute to the physical, social, intellectual, and emotional growth of students. Through these activities, students develop the positive character traits of responsibility, leadership, cooperation, and teamwork. Moreover, these activities foster honest effort and fair play within the spirit of competition.

La Junta de Educación de Monona Grove patrocina actividades como oportunidades de aprendizaje que contribuyen al crecimiento físico, social, intelectual y emocional de los estudiantes. A través de estas actividades, los estudiantes desarrollan rasgos de carácter positivos de responsabilidad, liderazgo, cooperación y trabajo en equipo. Además, estas actividades fomentan el esfuerzo honesto y el juego limpio dentro del espíritu de competencia.

To help guide participants toward these goals of physical and mental development, the Monona Grove Board of Education, with students, staff, parents, and community members, has established the Monona Grove High School Activities Code of Conduct. This code represents the belief that the success of an extra-curricular program rests not upon an event won or an exhilaration that may last for a day, but rather upon lessons learned and experiences gained that will last for a lifetime.

Para ayudar a guiar a los participantes hacia estas metas de desarrollo físico y mental, la Junta de Educación de Monona Grove, junto con los estudiantes, el personal, los padres y los miembros de la comunidad, ha establecido el Código de Conducta de Actividades de la Escuela Preparatoria de Monona Grove. Este código representa la creencia de que el éxito de un programa extracurricular no se basa en un evento ganado o en una euforia que puede durar un día, sino en lecciones aprendidas y experiencias adquiridas que durarán toda la vida.

All students interested in activities at the Monona Grove High School must have a signed contract on file with their advisor/coach/director prior to participation in any practice, event, or related activity.

Todos los estudiantes interesados en actividades en la Escuela Preparatoria Monona Grove deben tener un contrato firmado en el archivo con su asesor/entrenador/director antes de participar en cualquier práctica, evento o actividad relacionada.

I have read the Monona Grove High School Activities Code. I understand the rules and the consequences for violating them, and I agree to abide by all of the rules set forth in this Handbook.

He leído el Código de Actividades de la Escuela Preparatoria de Monona Grove. Entiendo las reglas y las consecuencias de violarlas, y acepto cumplir con todas las reglas establecidas en este Manual.

As an activities participant, I assume full responsibility for all school property and equipment issued to me. I will respect and care for the use of that equipment during practices, games, meets, performances, and events. I further agree to pay for any and all property or equipment that I lose, misplace, or carelessly or intentionally damage.

Como participante de las actividades, asumo toda la responsabilidad por todo de la propiedad y equipo de la escuela que se me entreguen. Respetaré y cuidaré el uso de ese equipo durante prácticas, partidos, competencias, presentaciones y eventos. Además, acepto pagar por cualquier propiedad o equipo que pierda, extravíe o dañe por descuido o intencionalmente.

Signature of Student / Firmadel estudiante: _____ Date/Fecha: _____

As the parent or guardian of the above participant, I have read this Code of Conduct, understand the rules and the consequences for violating them, and I agree to support the rules set forth in this Handbook. I give my child permission to participate in activities under these conditions.

Como padre o tutor del participante anterior, he leído este Código de conducta, entiendo las reglas y las consecuencias de violarlas, y acepto apoyar las reglas establecidas en este Manual. Doy permiso a mi hijo/a para participar en actividades bajo estas condiciones.

Signature of Parent / Firmadel Padre: _____ **Date/Fecha:** _____

This pledge will be in effect 12 months of the year.

Este compromiso estará vigente los 12 meses del año.

Wisconsin Interscholastic Athletic Association Alternate Year Athletic Permit Card
Asociación Atlética de Interescuelas de Wisconsin Tarjeta de Permiso del Año Alterno

School Year / Año Escolar 20_____ - 20_____

Name / Nombre _____

Grade / Grado _____

Date of Birth / Fecha de Nacimient _____

Present Address / Dirección Actual _____

Telephone / Teléfono _____

Parents' Place of Employment / Sitio de Trabajo de los Padres _____

Family Physician / Médico de la Familia _____

Family Dentist / Dentista de la Familia _____

Name of Private Insurance Carrier / Nombre del Seguro _____

1. I hereby give my permission for the above named student to practice and compete and represent the school in WIAA approved sports.

Por medio de la presente doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado practique compita y represente a la escuela en los deportes aprobados por la WIAA

2. I also attest to the fact that the above named student has had no injury or illness serious enough to warrant a medical evaluation prior to participating this school year.

Yo certifico que el estudiante arriba mencionado no ha tenido ninguna lesión o enfermedad lo suficientemente seria como para justificar una evaluación médica antes de la participación en este año escolar.

3. Pursuant to the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the regulations promulgated thereunder (collectively known as "HIPAA"), I authorize health care providers of the student named above, including emergency medical personnel and other similarly trained professionals that may be attending an interscholastic event or practice, to disclose/exchange essential medical information regarding the injury and treatment of this student to appropriate school district personnel such as but not limited to: Principal, Athletic Director, Athletic Trainer, Team Physician, Team Coach, Administrative Assistant to the Athletic Director

and/or other professional health care providers, for purposes of treatment, emergency care and injury record-keeping.

Yo autorizo a que la historia médica relacionada con la salud del estudiante arriba mencionado se ponga a la disposición del personal apropiado del distrito de las escuelas y los proveedores de salud incluyendo al personal de emergencia.

4. It is recommended that information regarding your child's allergies and prescribed medication be made available.

Se recomienda que cualquier información relacionada con las alergias de su hijo y las medicinas recetadas por el médico se den a conocer

PARENT: If there is any question that this student may not be qualified for athletic competition without, at least, a partial re-evaluation, contact your medical advisor before signing card.

PADRES: Si hay alguna razón por la cual este estudiante pueda que no califique para competencias deportivas sin por lo menos una re-evaluación parcial, contacte a su médico antes de firmar la tarjeta.

Signature of Parent / Firmadel Padre _____

Date / Fecha _____

ALL STUDENTS PARTICIPATING IN INTERSCHOLASTIC ATHLETICS MUST HAVE THIS ALTERNATE YEAR CARD ON FILE AT THEIR SCHOOL PRIOR TO PRACTICE OR PARTICIPATION

Todos los estudiantes partisipando en atletismo interescolár deben tener esta tarjeta alterna del año en archivo en su escuela antes de práctica o participacion.