

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

CLEARANCE FORM

Participation Physical Evaluation

Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

- Cleared without restriction
- Cleared, with recommendations for further evaluation or treatment for:

Not cleared for: All Sports Certain Sports Reason: _____

Recommendation: _____

Emergency Information

Allergies: _____

Other information: _____

Name of Physician (print/type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of Physician: _____

Date: _____

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

La participación de Evaluación Física

Nombre _____ Genero _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

- Despejado sin restriccion
- Despejado con recomendaciones de mas evaluacion o tratamiento para:

No esta despejado para: Todos los deportes Deportes Ciertos Razon: _____

Recomendaciones: _____

Informacion para Emergencias

Alergias:

Otra informacion:

Nombre de el Medico: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ Numero de Telefono: _____

Firma de el Medico: _____ MD o DO

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Preparticipation Physical Evaluation

Name _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ % Body Fat _____ Pulse _____ BP _____ / _____ (_____ / _____ / _____)

Vision Right 20/ _____ Left 20/ _____ Corrected: Yes No Pupils: Equal _____ Unequal _____

Medical	Normal	Abnormal Findings	Initials	Musculoskeletal	Normal	Abnormal Findings	Initials
Appearance				Neck			
Eyes/ears/nose/throat				Back			
Hearing				Shoulder/arm			
Lymph nodes				Elbow/ forearm			
Heart				Wrist/hand/fingers			
Murmurs				Hip/thigh			
Pulses				Knee			
Lungs				Leg/ankle			
Abdomen				Foot/toes			
Genitourinary (males only)							
Skin							

Notes: _____

Name of physician: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of physician: _____, MD or DO

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

FORMULARIO de EXAMEN MEDICO

Examen Previo a La Participacion en Deportes

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Estatura _____ Peso _____ % Grasa Corporal _____ Pulso _____

Visión Derecha 20/ _____ Izquierda 20/ _____ Corregido: Si No Alumnos: Igual _____ Desigual _____

Medico	Encuentros Anormales		Iniciales	Musculo-esquelético	Encuentros Anormales		Iniciales
	Normal				Normal		
Apariencia				Rodilla			
Ojos/oidos/nariz/garganta				Cuello			
Audicion				Espalda			
ganglios linfáticos				Hombro/brazo			
Corazon				Codo/Antebrazo			
Murmullo				Cadera/ Muslos			
Legumbres				Pie/ Dedos de los pies			
Pulmones				Pierna/ Tobillo			
Abdomen							
Piel							

Notas: _____

Nombre de Medico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Numero de Telefono:: _____

Firma de Medico: _____ MD o DO

Preparticipation Physical Evaluation

HISTORY FORM

Date of Exam _____

Name _____ Sex _____ Age _____ Date of birth _____
 Grade _____ School _____ Sport(s) _____
 Address _____ Phone _____
 Personal Physician _____
 In case of emergency, contact:
 Name _____ Relationship _____ Phone (H) _____ Phone (W) _____

Explain "Yes" answers below.
 Circle questions you don't know the answers to.

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Has a doctor ever denied or restricted your participation in sports for any reason? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Do you have an ongoing medical condition (like diabetes or asthma)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Are you currently taking any prescription or nonprescription (over-the-counter) medicines or pills? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you have allergies to medicines, pollens, foods, or stinging insects? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have you ever passed out or nearly passed out DURING exercise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you ever passed out or nearly passed out AFTER exercise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever had discomfort, pain, or pressure in your chest during exercise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Does your heart race or skip beats during exercise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Has a doctor ever told you that you have (check all that apply):
<input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> A heart murmur
<input type="checkbox"/> High cholesterol <input type="checkbox"/> A heart infection | | |
| 10. Has a doctor ever ordered a test for your heart? (for example: ECG, echocardiogram) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Has anyone in your family died for no apparent reason? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Does anyone in your family have a heart problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Has any family member or relative died of heart problems or of sudden death before age 50? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Does anyone in your family have Marfan syndrome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Have you ever spent the night in a hospital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Have you ever had surgery? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Have you ever had an injury, like a sprain, muscle or ligament tear, or tendonitis, that caused you to miss a practice or game? If yes, circle affected area below: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Have you had any broken or fractured bones or dislocated joints? If yes, circle below: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Have you had a bone or joint injury that required x-rays MRI, CT, surgery, injections, rehabilitation, physical therapy, a brace, a cast, or crutches? If yes, circle below: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- | | | | | | | | |
|------------|------------|----------|-----------|-------|------------|--------------|------------|
| Head | Neck | Shoulder | Upper Arm | Elbow | Forearm | Hand/Fingers | Chest |
| Upper Back | Lower Back | Hip | Thigh | Knee | Calf/ Shin | Ankle | Foot/ Toes |
20. Have you ever had a stress fracture? Yes No
21. Have you been told that you have or have you had an x-ray for atlantoaxial (neck) instability? Yes No
22. Do you regularly use a brace or assistive device? Yes No
23. Has a doctor ever told you that you have asthma or allergies? Yes No

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 24. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Is there anyone in your family who has asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Have you ever used an inhaler or taken asthma medicine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Were you born without or are you missing a kidney, an eye, a testicle, or any other organ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Have you had infectious mononucleosis (mono) within the last month? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Do you have any rashes, pressure sores, or other skin problems? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Have you had a herpes skin infection? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Have you ever had a head injury or concussion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Have you been hit in the head and been confused or lost your memory? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Have you ever had a seizure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Do you have headaches with exercise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Have you ever had numbness, tingling, or weakness in your arms or legs after being hit or falling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Have you ever been unable to move your arms or legs after being hit or falling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. When exercising in the heat, do you have severe muscle cramps or become ill? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Has a doctor told you that you or someone in your family has sickle cell trait or sickle cell disease? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Have you had any problems with your eyes or vision? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Do you wear glasses or contact lenses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Do you wear protective eyewear, such as goggles or a face shield? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Are you happy with your weight? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Are you trying to gain or lose weight? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Has anyone recommended you change your weight or eating habits? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Do you limit or carefully control what you eat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Do you have any concerns that you would like to discuss with a doctor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FEMALES ONLY | | |
| 47. Have you ever had a menstrual period? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. How old were you when you had your first menstrual period? _____ | | |
| 49. How many periods have you had in the last 12 months? _____ | | |
- Explain "Yes" answers here:

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct.

Signature of Athlete _____ Signature of Parent/Guardian _____ Date _____

Examen Previo a La Participacion en Deportes

Fecha de Examen: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Escuela: _____ Deportes: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Médico: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Explique las respuestas "si" de abajo. Círcule las preguntas que no sabe la respuesta.

		Si	No			Si	No
1	¿Alguna vez un médico negado o restringido su participación en el deporte por cualquier motivo?			24	¿Tiene tos, sibilancias, o tiene dificultad para respirar durante o después el ejercicio?		
2	¿Tiene una condición médica continua? (Como la diabetes o el asma)			25	¿Hay alguien en su familia que tiene asma?		
3	¿Está tomando cualquier prescripción o de venta libre (sin receta médica), la medicina de las píldoras?			26	¿Ha usado un inhalador o tomado medicamentos para el asma?		
4	¿Tiene algún tipo de alergia a medicamentos, al polen, alimentos u insectos que pican?			27	¿Nació sin o le falta un riñón, un ojo, un testículo o otro órgano?		
5	¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado durante el ejercicio.			28	¿Ha tenido alguna mononucleosis infecciosa (mono) en el último mes		
6	¿Alguna vez has desmayado o casi desmayado después de ejercicio?			29	¿Tiene alguna erupción, úlceras por presión, u otros problemas de la piel?		
7	¿Alguna vez habías malestar, dolor o presión en el pecho durante el ejercicio?			30	¿Ha tenido una infección de la piel por herpes?		
8	¿Saltó latidos tu corazón durante el ejercicio?			31	¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral?		
9	¿Le ha dicho su médico que usted tiene la presión arterial alta, el colesterol, un soplo en el corazón, y la infección en el corazón?			32	¿Alguna vez fue golpeado en la cabeza un estado confundido o perdido la memoria?		
10	¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón, ECG o ecocardiograma?			33	¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
11	¿Algún miembro de su familia murió sin razón aparente?			34	¿Tiene dolores de cabeza con el ejercicio?		
12	¿Alguien en su familia tiene un problema del corazón?			35	¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o en las piernas después de golpearse o caerse?		
13	¿Cualquier miembro de la familia o pariente murió de problemas cardiacos o muerte súbita antes de los 50 años?			36	¿Alguna vez has sido incapaz de mover sus brazos o piernas después de golpearse o caerse?		
14	¿Alguien en su familia tiene el síndrome de Marfan?			37	¿Cuando haces ejercicio durante el calor, ¿tiene calambres musculares severos o se enferma?		
15	¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?			38	¿Está contento con su peso?		
16	¿Alguna vez ha tenido una cirugía?			39	¿Ha tenido problemas con sus ojos o visión?		
17	¿Alguna vez ha tenido una lesión que le hizo perder un entrenamiento o un partido?			40	¿Usa anteojos o lentes de contacto?		
18	¿Ha tenido algunos huesos rotos o fracturados o articulaciones dislocadas?			41	¿Usa lentes de protección, como gafas o una careta?		
19	¿Alguna vez ha tenido huesos rotos o fracturados que requiriese de rayos X, resonancia magnética, CT, cirugía, inyecciones, rehabilitación, terapia física, una abrazadera, un yeso, o muletas? Si respondió "Si", indique los areas afectados:			42	¿Le ha dicho un médico que usted o alguien en su familia tiene el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes?		
	Cabeza	Cuello	Hombro	Codo	Tobillo		
	Forebra	Pecho	Superior de la Espalda	Pie / dedo del pie			
	Cadera	Rodilla	Baja de la Espalda	Pantorrilla			
20	¿Alguna vez tuvo fractura por estrés?			43	¿Estás tratando de ganar o perder peso?		
21	¿Ha tenido un radiografía para inestabilidad atlantoaxial (cuello)?			44	¿Alguien ha recomendado que cambie su peso o hábitos alimenticios		
22	¿Se usa con regularidad un corsé o dispositivo de ayuda?			45	¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?		
23	¿Le ha dicho un médico que tiene asma o alergias?			46	¿Tiene usted alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?		
					Para las mujeres:		
				47	¿Alguna vez ha tenido un periodo menstrual?		
				48	¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?		
				49	¿Cuántos periodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Por la presente declaro que, a lo mejor de mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

Firma del padre / tutor: _____ Firma del atleta: _____ Fecha: _____

C.I.F. Code of Ethics - Athletes

Athletics is an integral part of the school's total educational program. All school activities, curricular and extracurricular, in the classroom and on the playing field, must be congruent with the school's stated goals and objectives established for the intellectual, physical, social and moral development of its students. It is within this context that the following Code of Ethics is presented.

As an athlete, I understand that it is my responsibility to:

1. Place academic achievement as the highest priority Family, education, sports (in that order)
2. Show respect for teammates, opponents, officials and coaches. All players, parents and coaches are representatives of the entire school
3. Respect the integrity and judgment of game officials.
4. Exhibit fair play, sportsmanship and proper conduct on and off the playing field.
5. Maintain a high level of safety awareness.
6. Refrain from the use of profanity, vulgarity and other offensive language and gestures.
7. Adhere to the established rules and standards of the game to be played.
8. Respect all equipment and use it safely and appropriately.
9. Refrain from the use of alcohol, tobacco, illegal and non-prescriptive drugs, anabolic steroids or any substance to increase physical development or performance that is not approved by the United States Food and Drug Administration, Surgeon General of the United States or American Medical Association.
10. Know and follow all state, section and school athletic rules and regulations as they pertain to eligibility and sports participation.
11. Win with character, lose with dignity.

As a condition of membership in the CIF, all schools shall adopt policies prohibiting the use and abuse of androgenic/anabolic steroids. All member schools shall have participating students and their parents, legal guardian/caregiver agree that the athlete will not use steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition (Article 523).

By signing below, both the participating student athlete and the parents, legal guardian/caregiver hereby agree that the student shall not use androgenic/anabolic steroids without the written prescription of a fully licensed physician (as recognized by the AMA) to treat a medical condition. We recognize that under CIF Bylaw 202, there could be penalties for false or fraudulent information.

We also understand that the HAWTHORNE SCHOOL DISTRICT policy regarding the use of illegal drugs will be enforced for any violations of these rules.

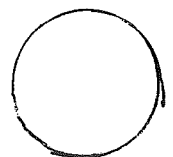
Printed Name of Student Athlete

Date:

Signature of Student Athlete

Date:

Signature of Parent/Caregiver



C.I.F. Código de Ética - Atletas

El atletismo es una parte integral del programa general educacional del colegio. Todas las actividades escolares, curriculares o extra curriculares, en el salón de clases o en la cancha de juego, debe de ser congruente con las metas fijadas por el colegio y los objetivos establecidos para el desarrollo intelectual, físico, social y moral de sus estudiantes. Es dentro de este contexto que se presenta el siguiente Código de Ética.

Como atleta yo entiendo que es mi responsabilidad de:

1. Poner mis logros académicos como mi más alta prioridad.
2. Mostrar respeto hacia mis compañeros, opositores, oficiales, y entrenadores.
3. Respetar la integridad y la opinión de los funcionarios de los juegos.
4. Manifestar un juego limpio, deportividad y comportarme apropiadamente dentro y fuera de la cancha de juego.
5. Mantener un alto nivel de conocimiento de seguridad.
6. Abstenerme de usar profanidad, vulgaridad, y otro tipo de lenguaje o gestos ofensivos.
7. Seguir las reglas establecidas y las normas del juego.
8. Respetar todo el equipo y usarlo sin peligro y apropiadamente.
9. Abstenerme de usar alcohol, tabaco, medicamentos recetados o drogas ilegales, esteroides anabólicos o ninguna sustancia para incrementar el desarrollo o función física que no sea aprobada por la Administración de Comidas y Drogas de los EEUU, el Cirujano General de los EEUU o la Asociación Médica Americana.
10. Saber y seguir todas las reglas de atletismo estatales, de la región y escolares, y los reglamentos que relacionados a la elegibilidad y la participación en los deportes.
11. Ganar con carácter, perder con dignidad.

Como una condición para la membresía en CIF, todos los colegios deberán adoptar las pólizas que prohíben el uso de y abuso de esteroides androgénicos y anabólicos. Todos los colegios miembros deberán tener estudiantes y sus padres o tutores quienes acuerden que el atleta no usará esteroides sin receta médica para tratar una condición médica, de un doctor autorizado y reconocido por el AMA (Artículo 523).

Al firmar debajo, el estudiante atleta participante y los padres o tutores legales aceptan que los estudiantes no usaran esteroides androgénicos o anabólicos sin receta médica para tratar una condición médica, de un doctor autorizado y reconocido por el AMA. Reconocemos que bajo el estatuto 202 de CIF, puede haber sanciones por dar información falsa o fraudulenta.

También entendemos que la póliza del Distrito Escolar de Hawthorne acerca del uso de sustancias ilegales se hará cumplir para cualquier violación de estas reglas.

Imprima el Nombre del Estudiante Atleta

Firma del Estudiante Atleta

Fecha

Firma del Padre Signature of Parent/Caregiver

Fecha

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

HIGH SCHOOL ATHLETIC RULES AND INFORMATION

A student-athlete can qualify for earning a VARSITY LETTER by completing the season as a member of the varsity squad (Cannot have been cut, suspended or quit) and competed in a majority of the events.

All school issued equipment (uniforms, bags, etc.) must be returned at the end of the season or the equipment must be paid for the student will be placed on an ineligible list for all extracurricular activities until their account is clear.

Athletes cannot transfer from an "in-season" sport to any other sport until after the last game of the first "in-season" sport.

To be a member of a high school athletic team is a privilege and an honor.

Behavior: We expect all players to conduct themselves like ladies and gentlemen. Specifically, we do not want players who criticize teammates or officials or commit deliberate fouls. When fouled, we do not want our players to retaliate. In short, have "Class" and "Character". All student-athletes will be expected to act, perform and display model behavior on & off the field/court. Student-athletes represent not only their team but also HMSA and the student body as a whole. Players are expected to show up on time and be prepared to play and participate. Players are expected to be with their team the entire time the team is engaged at a practice or game.

Traveling Expectations: All student-athletes will be expected to be respectful of the rules that the bus driver has set for his/her bus. Players are expected to be mindful of their surroundings, environment, teammates and community.

DO NOT:

- make negative comments to opposing teams or fans
- Throw projectiles to opposing teams or fans
- Use gestures, signs and signals to opposing teams or fans

All students-athletes will be expected to travel in their team warm-ups to the event and back. All players must travel with the team on the provided form of transportation to the event and back to school. No player can leave an event with their parents, unless there is a medical emergency for that player and the parent signs a waiver at event.

Fundraising: All student-athletes will be expected to participate in all athletic fundraising events that are approved by the athletic director and school administration. Participation must be done at a minimum level, and specific rules and directions will be forthcoming according to each fundraiser.

Dead Period: No student-athlete is allowed to practice with their respective teams during the HMSA team dead period. The official dead period starts the first Monday after graduation. The dead period lasts three complete weeks from the initial Monday stated earlier.

Club Teams: A member of a high school team may not, during his or her season of sport, compete for an outside team in that same sport. *For example, a member of the HMSA Soccer team cannot play on their club soccer team during the CIF Soccer season.*

Parent/Guardian Name (Please Print)

Participant Signature

Parent/Guardian Signature

Date

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

NORMAS DE SECUNDARIA ATLETICO Y INFORMACIÓN

Un estudiante-atleta puede calificar para ganar un "VARSITY LETTER" cuando termina la temporada. No puede haber sido cortado o suspendido. También tuvo que competir en la mayoría de los eventos.

El equipaje (uniformes, bolsas, etc.) dado por la escuela debe ser devuelto al final de la temporada. Si no lo regresa, el estudiante será colocado en una lista de inelegibles para todas las actividades extracurriculares hasta que su cuenta esté clara.

Los atletas no pueden transferirse de un deporte "de temporada" para cualquier otro deporte hasta después del último partido de la primera deporte "durante la temporada".

Siendo miembro de un equipo atlético de la escuela es un privilegio y un honor:

Comportamiento: Esperamos que todos los jugadores se comporten como damas y caballeros. En concreto, no queremos jugadores que critican compañeros de equipo o que hacen faltas deliberadas. En pocas palabras, queremos que nuestros jugadores tienen "clase" y "carácter". Se espera que los estudiantes-atletas actúan bien en y fuera del campo. Los estudiantes-atletas representan su equipo y la escuela.

Los jugadores deben llegar a tiempo y estar preparados para jugar y participar. Los jugadores deben estar con su equipo todas las veces que un equipo está practicando.

Viajando: Se espera que todos los estudiantes-atletas sean respetuosos de las reglas que el conductor del autobús impone. Los jugadores deben ser conscientes de el mismo, el medio ambiente, compañeros y comunidad.

NO:

-Hacer comentarios negativos a equipos o aficionados adversarios

-Tira cosas a los equipos o a los equipos contrarios

- Usa gestos, signos y señales a los equipos o a los equipos contrarios

Esperamos que los atletas viajen en su equipo para el evento. Todos los jugadores deben viajar con el equipo en el transporte proporcionado al evento y de regreso a la escuela. Ningún jugador puede salir de un evento con los padres, a menos que una emergencia médica para ese jugador

La recaudación de fondos: Se espera que todos los estudiantes-atletas participen en todos los eventos de recaudación de fondos. La participación debe hacerse a un nivel mínimo, y las reglas e instrucciones específicas se enviará en breve en función de cada recaudación de fondos.

Período muertos: Ningún estudiante-atleta puede practicar con sus respectivos equipos durante el periodo equipo muertos HMSA. El periodo de muertos oficial comienza el primer lunes después de la graduación. El periodo muertos dura tres semanas completas desde el primer Lunes (como se dijo anteriormente).

Club Equipos: Un miembro de un equipo de la escuela secundaria no puede, durante su temporada de deporte, competir por un equipo externo en ese mismo deporte. Por ejemplo, un miembro del equipo de fútbol HMSA no puede jugar en su club de fútbol durante la temporada de fútbol CIF.

Padre/Tutor (Letra de Molde por favor)

Firma del Participante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Program Expectations

Do NOT embarrass the program: All players, parents and coaches are representatives of the entire school.

Keep your focus: Family, Education, Sports

Responsibility/Discipline: BEFORE missing practice, a player needs to inform the coach personally, a minimum of 6 hours in advance either by email, phone call, or face to face. Do not inform the coach a few minutes before practice or a game. Each player will be allowed to provide written excuse from any event up to a maximum of three times in a season. **Remember that practice determines playing time**

All PLAYERS must do the following: Attend 100% of all scheduled practices, games and events. Adhere to the strict "Code of Ethics" outlined above. Must be in practice uniform to practice. Show up on time for scheduled events and transportation. "You have to be early to be on time." Teams will travel in their warm-ups. **All electronic devices are to be put away at practice, games, or other scheduled events.** No athlete will use any form of alcohol, tobacco, or drugs.

PARENTS: Parents should review the Code of Ethics for Athletes with their son/daughter and reinforce the values of the California Interscholastic Federation (CIF). These priorities advance the highest principles of character: trustworthiness, respect, responsibility, fairness, caring and good citizenship. Parents should encourage players to address any concerns with the coach or Athletic Director directly in an effort to teach student-athletes to advocate for themselves.

Parents Will:

- Support their child; insure each player arrives on time, properly equipped and ready to participate.
- Be available and open to support the program through volunteering and participation through but not limited to fundraising, transportation and communication.
- **Schedule all appointments, tasks, trips and other events so as not to conflict with their child's respective sport.**
 - Understand that simply because the child has made the team does not equate to the child getting playing time. Not everyone will play every time or at all.

Parents Will not:

- Interfere in the day to day practice schedule or actual events unless asked to by the coach. Conduct phone calls, emails or letters to anyone in regards to the coaching decisions, team philosophy, and playing time.

Coaches will: Provide a safe and healthy learning environment that fosters positive thought and aggressive play. Oversee team operations, provide guidance, and skill development for improvement. Adhere to the practice schedule that is agreed upon by the coach, the Athletic Director and the school Administration. Be available to players in person, by phone or email.

Parent/Guardian Name (Please Print)

Participant Signature

Parent/Guardian Signature

Date

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Las expectativas del programa:

No avergüence el programa: Todos los jugadores, padres y entrenadores son representantes de toda la escuela. Mantener el profesionalismo.

Mantenga su enfoque: Familia, Educación, Deportes

Responsabilidad / Disciplina: *antes de la práctica que falta, un jugador tiene que informar al entrenador personal, un mínimo de 6 horas de antelación, ya sea por correo electrónico, llamada telefónica, o cara a cara. No informar al entrenador de un par de minutos antes de la práctica o un juego*

Se permitirá a cada jugador para proporcionar excusa escrita de cualquier caso, hasta un máximo de tres veces en una temporada. Recuerde que la práctica determina el tiempo de juego

Personaje: Juega duro, jugar de manera inteligente

Todos los JUGADORES deben hacer lo siguiente: Asistir 100% de todas las prácticas programadas, juegos y eventos. Adhere a la estricta "Bases de Elegibilidad" se describe anteriormente. Mostrar a tiempo para los eventos programados y transporte. Usted Tiene que llegar temprano para llegar a tiempo. Debe Ser en la práctica uniforme para la práctica. Equipos viajarán en sus calentamientos. **Todos los dispositivos electrónicos son para ser guardados en la práctica, juegos, u otros eventos programados.** Ningun atleta utilizará cualquier tipo de alcohol, tabaco o drogas.

PADRES: Los padres deben revisar el código de ética para los atletas con su hijo y reforzar los valores de la Federación Interescolar de California (CIF). Estas prioridades promueven los principios de carácter: confiabilidad, respeto, responsabilidad, equidad, bondad y ciudadanía. Los padres deben animar a los jugadores que reporten directamente cualquier preocupación con el entrenador o Director Deportivo en un esfuerzo para enseñar a los estudiantes-atletas de abogar por sí mismos.

Los padres deben:

- Apoyar a su hijo; Asegúrese de que cada jugador llegue a tiempo, debidamente equipado y listo para participar.
- Estar disponible y abierto para apoyar el programa a través del voluntariado y la participación a través de, sin limitación, recaudación de fondos, transporte y comunicación.
- Programe todas las citas, tareas, viajes y otros eventos para no entrar en conflicto con el deporte de su hijo.
- Entender que simplemente porque el niño ha hecho que el equipo no equivale a que el niño obtenga tiempo de juego. No todo el mundo jugará cada vez o en absoluto.

Los padres no deben:

Interferir en el horario de práctica diaria o eventos reales a menos que se lo pida el entrenador. Realizar llamadas telefónicas, correos electrónicos o cartas a cualquier persona en lo que respecta a las decisiones de coaching, filosofía de equipo y tiempo de juego

Los entrenadores: Proporcionarán un ambiente de aprendizaje seguro y saludable que fomente el pensamiento positivo y el juego agresivo. Supervisar las operaciones del equipo, proporcionar orientación y desarrollo de habilidades para mejorar. Adherirse al horario de práctica que es acordado por el entrenador, el director de atletismo y la administración de la escuela. Estar disponible para los jugadores en persona, por teléfono o correo electrónico..

Padre/Tutor (Letra de Molde por favor)

Firma del Participante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Athletic Insurance Certification Form

Student's Name: _____

School: Hawthorne Math & Science Academy

I hereby certify, under penalty of perjury, that the above-named pupil is covered by valid insurance that provides the following:

1. Insurance protection for medical and hospital expenses resulting from accidental bodily injuries in one of the following amounts: (Ed. Code 32221)
 - a. A group or individual medical plan with accidental benefits of at least two hundred dollars (\$200) for each occurrence and major medical coverage of at least ten thousand dollars (\$10,000), with no more than one hundred dollars (\$100) deductible and no less than eighty percent (80%) payable for each occurrence.
 - b. Group or individual medical plans which are certified by the Insurance Commissioner to be equivalent to the required coverage of at least one thousand five hundred dollars (\$1,500).
 - c. At least one thousand five hundred dollars (\$1,500) for all medical and hospital expenses.
2. I hereby agree that this policy shall not be cancelable without at least 10 days prior written notice to the district.

Insurance protection in any of the above amounts shall be provided through group, blanket, or individual policies of accident insurance from authorized insurers or through a benefit and relief association, such as California Interscholastic Protection Fund, for the death or injury to members of athletic teams arising while such members are engaged in or are preparing for an athletic event promoted under the sponsorship or arrangements of the educational institution or a student body organization thereof or while such members are being transported by or under the sponsorship or arrangements of the school districts or a student body organization thereof to or from school or other place of instruction and the place of the athletic event. Minimum medical benefits under any insurance required by this paragraph shall be equivalent to the three dollars and fifty cents (\$3.50) conversion factor as applied to the unit values contained in the minimum fee schedule adopted by the department of Industrial Relations of the State of California, effective October 1, 1966. (Ref. Ed. Code 32221)

I will maintain the above coverage during the current school year or will immediately notify the school if the coverage terminates or does not meet the above requirements.

Insurance Company_____
Policy/Group No._____
Expiration Date of Policy_____
Date_____
Parent/Guardian Signature_____
Parent/Guardian Name - Please Print

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Forma de Certificación de Seguro Para Atletas

Nombre del alumno: _____

Escuela Hawthorne Math & Science Academy

Por este medio certifico bajo pena de perjurio, que la persona mencionada arriba esta cubierto/a bajo seguro valido que provee lo siguiente.

- (1) Seguro de protección medica y gastos de hospital como resultado de daño accidental a la persona en una de las siguientes cantidades: (Ed. Code 32221)
 - (a) Un plan medico para grupo o individual con beneficios que cubran accidentes de cuando menos doscientos dólares (\$200) para cada ocurrencia y cobertura mayor medica de lo menos diez mil dólares (\$10,000), con no mas de cien dólares (\$100) de deducible y no menos de ochenta por ciento (80%) pagado por-cada suceso.
 - (b) Plan medico de grupo o individual que sean certificados por el Comisario de Seguro que sea equivalente a los menos Mil quinientos dólares (\$1,500).
 - (c) A lo menos mil quinientos (\$1,500) para todos los gastos de medico o hospital.

(2) Por este medio estoy de acuerdo que esta póliza no se cancelara sin aviso por escrito al distrito por lo menos 10 días antes.

Protección de seguro en la cantidad mencionada arriba será proveída por el grupo, exhaustivo, o individual de las pólizas de seguro de accidente por aseguranzas autorizadas o por asociación de beneficios o alivio, como California Interscholastic Procection Fund, en caso de muerte o herida a miembros de equipos de atletas mientras los miembros participan o se preparan para un evento de atletas que sea promovido bajo los patrocinadores o arreglos del instituto de educación o una organización de estudiantes o mientras los miembros sean transportados por o bajo el patrocinador o arreglo del distrito escolar y organización de estudiantes de o a la escuela u otro lugar de enseñanza o de deportes. Beneficios mínimos bajo cualquiera seguro que se requiere en este párrafo será equivalente a los tres dólares y cincuenta centavos (\$3.50) factor conversión que fueron aplicados los valores de los fondos que contienen en el mínimo honorario previsto adoptado por el Departamento de Relaciones Industriales del Departamento de California, efectivo octubre 1, 1966. (Ref. Ed. Code 32221).

Mantendré la cobertura mencionada arriba durante el presente ano escolar o inmediatamente notificare a la escuela si la cobertura se termina o si no esta de acuerdo con los requisitos de arriba.

Compañía de Seguro

Numero de Póliza/Grupo.

Día Que Se Vence La Poliza

Fecha

Firma de Padre o Guardián

Nombre de Padre o Guardián – En Letra de Molde

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Medical Treatment Authorization Waiver, Release and Indemnity Agreement
Assumption of Risk for Participation in Voluntary Sports Program

Participant: _____

Description of Activity: CIF Athletics Name of School: Hawthorne Math & Science AcademyDate(s) of Activity: July 1, 2019 - June 30, 2020 **Transportation provided by District**

By my signature below, I hereby give permission for my son/daughter to participate in the above-described activity. I realize that this activity is voluntary as part of the Hawthorne School District's sports program. I understand that this activity could cause serious illness and/or injury or death, and I assume all risks for any such illness and/or injury or death. I am aware of the transportation arrangements for this activity and acknowledge that if the school is providing no transportation, the parent/guardian has complete and sole responsibility for all transportation arrangements. I am aware that the District does not provide coverage for medical treatment in connection with this activity. If a participant does not have private medical insurance, low-cost school insurance is available through the District.

For and in consideration of permitting the above named child to participate in the activity described above, the undersigned hereby voluntarily releases, discharges, waives and relinquishes any and all actions or causes of action for personal injury, bodily injury, property damage or wrongful death occurring to his/her child/ward or him/herself arising in any way whatsoever as a result of engaging in said activity or any activities incidental thereto wherever or however the same may occur and for whatever period said activities may continue. The undersigned does for him/herself, his/her heirs, executors, administrators and assigns hereby release, waive discharge and relinquish any action or causes of action, aforesaid, which may hereafter arise for him/herself and for his/her estate, and agrees that under no circumstances will he/she or his/her heirs, executors, administrators and assigns prosecute, present any claim for personal injury, bodily injury, property damage or wrongful death against the District or any of its officers, agents, or employees for any of said causes of action, whether the same shall arise by the negligence of any of said persons, or otherwise.

The undersigned hereby acknowledges that he/she knowingly and voluntarily assumes all risks of bodily injury to his/her child/ward or him/herself, as stated, and expressly acknowledges their intention, by executing this instrument, to exempt and relieve the District, its officers, agents, and employees, from any liability for personal injury, bodily injury, property damage or wrongful death that may arise out of or in any way be connected with the above-described activity. I have read and understand the foregoing and have voluntarily signed this agreement. I am aware of the potential risks involved in this activity and I am fully aware of the legal consequences of signing this instrument. I further acknowledge that the District does not automatically provide for medical coverage for participants in this activity.

In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care and emergency transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services

Health or special needs: Check as appropriate:

- Participant has no special health needs the staff should be aware of, and no medication is required.
- Participant has a special need, and instructions are attached. Number of attached pages: _____
- Other: _____

Parent/Guardian Signature_____
Participant Signature_____
Parent/Guardian Name (Please Print)_____
Date_____
Phone Number_____
Health Plan_____
Plan #

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

DISTRITO ESCOLAR DE HAWTHORNE

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO MEDICO

ACUERDO DE RENUNCIA, LIBERACION E INDEMNIDAD

SUPOSICIÓN DE RIESGO POR PARTICIPACION VOLUNTARIA EN EL PROGRAMA DE DEPORTES

Participante: _____

Descripción De Actividad: CIF Atleticos Nombre De Escuela: Hawthorne Math & Science Academy

Fecha(s) de Actividad: _____

x Transportación proveída por el Distrito

Con mi firma, por este medio doy permiso a mi hijo/a que participe en la actividad mencionada. Me doy cuenta que esta actividad es voluntaria como parte del Programa deportivo del Distrito Escolar de Hawthorne. Yo comprendo que esta actividad puede causar una enfermedad seria y/o herida o muerte, y asumo todos los riesgos de cualquier enfermedad y/o herida o muerte. Estoy enterado/a de los arreglos de la transportación para esta actividad y reconozco que si la escuela no esta facilitando transportación, el padre/tutor tiene la responsabilidad de todos los arreglos de transportación. Estoy enterado/a que el Distrito no cubre por tratamientos médicos en conexión con esta actividad. Si algún participante no tiene seguro medico, seguro de bajo-costeo de la escuela esta disponible a través del Distrito.

Para y en consideración de permitir que el niño/a mencionado participe en la actividad mencionada, el/la abajo firmante por este medio voluntariamente libera, redime, renuncia y retira cualquier y todas las acciones o causas de acción por heridas personales, lesiones corporales, daño a propiedad o muerte de su hijo/a que pueda surgir a raíz y de cualquier manera pueda ser el resultado de la participación de dicha actividad o cualquier actividad dónde sea, cuándo sea, o cómo sea lo mismo puede ocurrir y por el tiempo que las actividades mencionadas continúen. El/la abajo firmante haga para el/ella, su beneficiario/a, ejecutores, administradores y asigna por este medio libera, redime, renuncia y retira cualquier acción o causa de acción, susodicho, que pueda de aquí en adelante surgir para el/ella y para su patrimonio, y está de acuerdo que bajo ninguna circunstancia el/ella o su beneficiario/a, ejecutores, administradores y asigne prosecución, presenten algún reclamo por heridas personales, lesiones corporales, daño a propiedad o muerte injusta contra el Distrito o cualquiera de sus oficiales, agentes o personal por cualquier causa de acción mencionada, tanto lo mismo pueda surgir por negligencia de cualquier persona mencionada, o al contrario.

El/la abajo firmante por este medio reconoce que el/ella sabiendo y voluntariamente asumiendo todos los riesgos de lesiones físicas a su hijo/a o el/ella como declarado, y expresa reconocimiento a su intención, por ejecución de este documento, redime y libera al Distrito, sus oficiales, agentes, y personal, de cualquier responsabilidad por heridas personales, lesiones físicas, daño a propiedad o muerte ilícita contra que pueda surgir de o en cualquier manera pueda estar conectado con actividad mencionada. He leído y entendido el precedente y voluntariamente firmo este contrato. Tengo plena conciencia del potencial de los riesgos envueltos en esta actividad y estoy completamente enterado/a de las consecuencias legales al firmar este documento. Reconozco que el Distrito no provee seguro medico automáticamente para los participantes en esta actividad.

Salud o necesidades especiales: Marque el adecuado

- Participante no tiene necesidades especiales de salud que el personal deba conocer, y no requiere ningún medicamento.
- Participante tiene una necesidad especial, y adjunto las instrucciones. Numero de páginas adjuntas: ____.
- Otro:

En el evento de una enfermedad o daño físico, por la presente, yo doy consentimiento a cualquier examen con rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico o dental, cuidado hospitalario y transportación de emergencia que sean considerados necesarios, de acuerdo con el mejor criterio del medico que atiende el caso, el cirujano, o el dentista y que sea efectuado bajo la supervisión de un miembro del personal médico, del hospital o instalación que provea los servicios médicos o dentales.

Firma del Padre/Tutor_____
Padre/Tutor (Letra de Molde por favor)_____
Nombre de Seguro_____
Firma del Participante_____
Fecha_____
Número De Teléfono

Hawthorne Math and Science Academy

Aviators

4467 W. Broadway Blvd - Hawthorne, California 90250 - Phone (310) 973 - 8184

Parental Permission, Assumption of Risk, and Medical Treatment Authorization

School: H.M.S.A

Student's Name: _____ has permission to participate in the following study trip:

Destination/Nature of Activity: CIF Athletics
(Please be specific, e.g., Concert at UCLA)

Departure Date: July 1, 2019 Time: All Day Return Date: June 1, 2020 Time: All Day

Person in Charge: _____ Position: _____

Type of Transportation: [X] District Bus/Vehicle [X] Walking

In the event of illness or injury, I do hereby consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment, hospital care and emergency transportation considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the study trip. As provided for in California Education Code Section 35330, I agree to waive all claims against the Hawthorne School District (District) and hold the District, its officers, agents and employees, harmless from any and all liability or claims, which may arise out of or in connection with my child's participation in this activity.

While absent from school the children will be under the supervision of certificated teachers. This study trip is a part of the regular school program. If you wish your child to participate in this study trip, please sign and return this form

Health or special needs: Check as appropriate:

Form with checkboxes for health or special needs: Participant has no special health needs... Participant has a special need... Other: _____

Signature (Parent/Guardian) (Please Print Name) Date

Work Phone () Home Phone ()

Family Medical Insurance: (e.g., Blue Cross) Policy Number: _____

In the event of any emergency, please contact:

(Name) (Relationship) () Work () Home

