

Lindenwold High School

801 Egg Harbor Road • Lindenwold, New Jersey 08021
Phone: (856) 741-0320 Fax: (856) 741-0350
lindenwold.k12.nj.us

Fred Geardino
Principal

Leana Sykes
Director of Pupil Personnel Services

Dina Holmes
Assistant Principal

Ron DiMattia
Assistant Principal

Summer 2026

Office of Lindenwold Athletics

Noel J. Maloney

(856)- 793-0276 ext. 1208

nmaloney@lindenwold.k12.nj.us

Dear Lindenwold School District Student-Athletes and Families,

Dear Student-Athletes and Families,

As we prepare for the upcoming athletic seasons, we would like to remind all student-athletes that a valid sports physical and completed athletic registration are required before participation in any Lindenwold Public Schools athletic program.

Beginning with the 2026-2027 school year, Lindenwold Public Schools has transitioned to FinalForms for all athletic registrations, forms, and medical clearances. This change follows the discontinuation of Big Teams/PlanetHS and will provide a more efficient and streamlined experience for families, coaches, and administrators.

Families are responsible for obtaining sports physicals through their own healthcare provider. Completed physical paperwork must be uploaded and all required forms completed in FinalForms prior to participation. Student-athletes will not be permitted to practice or compete until all requirements have been submitted and approved.

To create a FinalForms account: <https://www.finalforms.com/>

1. Search *Lindenwold Public Schools* FinalForms registration portal.
2. Select "New Account" under Parent/Guardian.
3. Enter the requested parent/guardian information and register your account.
4. Check your email and click the verification link to activate your account.
5. Add your student-athlete and complete all required athletic forms.
6. Electronically sign and submit all forms.
7. ***Whether an in-house physical or primary physical, Lindenwold Athletics will upload your physical into the portal- Parents/Students are responsible for providing Form C. (only) from our packet.***



“Our Town ♦ Our Kids ♦ Our Future”

Parents/guardians and student-athletes should carefully review all information and ensure forms remain up to date throughout the school year.

We appreciate your cooperation as we continue to enhance our athletic registration process and prioritize the health and safety of our student-athletes. If you have any questions regarding athletic participation or FinalForms, please contact your school's athletic department.

Sincerely,

Lindenwold Public Schools Athletics Department

Noel G. Maloney



“Our Town ♦ Our Kids ♦ Our Future”

Escuela secundaria Lindenwold

801 Egg Harbor Road • Lindenwold, New Jersey 08021
Teléfono: (856) 741-0320 Fax: (856) 741-0350
lindenwold.k12.nj.us

Fred Geardino
Principal

Leana Sykes
Director de Servicios de Personal Estudiantil

Dina Holmes
Asistente principal

Ron DiMattia
Asistente principal

Oficina de Atletismo de Lindenwold

Noel J. Maloney

(856)-793-0276 extensión. 1208

nmaloney@lindenwold.k12.nj.us

Estimados alumnos-deportistas y familias del Distrito Escolar de Lindenwold:

Mientras nos preparamos para las próximas temporadas deportivas, nos gustaría recordar a todos los alumnos-deportistas que es obligatorio presentar un reconocimiento médico deportivo válido y haber completado la inscripción deportiva antes de participar en cualquier programa deportivo de las Escuelas Públicas de Lindenwold.

A partir del curso escolar 2026-2027, las Escuelas Públicas de Lindenwold han adoptado FinalForms para todas las inscripciones deportivas, formularios y autorizaciones médicas. Este cambio se produce tras la suspensión de Big Teams/PlanetHS y proporcionará una experiencia más eficiente y ágil a las familias, los entrenadores y los administradores.

Las familias son responsables de obtener los reconocimientos médicos deportivos a través de su propio profesional sanitario. La documentación médica completa debe cargarse y todos los formularios requeridos deben rellenarse en FinalForms antes de la participación. No se permitirá a los estudiantes-deportistas entrenar ni competir hasta que se hayan presentado y aprobado todos los requisitos.

1. Para crear una cuenta en FinalForms: <https://www.finalforms.com/>
2. Busca el portal de inscripción de las Escuelas Públicas de Lindenwold en FinalForms.
3. Seleccione «Nueva cuenta» en la sección «Padres/tutores».
4. Introduzca la información solicitada sobre los padres o tutores y registre su cuenta.
5. Consulte su correo electrónico y haga clic en el enlace de verificación para activar su cuenta.
6. Añada a su estudiante-deportista y rellene todos los formularios deportivos obligatorios.
7. Firme electrónicamente y envíe todos los formularios.
8. Tanto si se trata de un reconocimiento médico interno como de un reconocimiento médico primario, Lindenwold Athletics



“Our Town ♦ Our Kids ♦ Our Future”

CLINICS

HealthFirst Care and Wellness Center

35 E. Browning Road
Bellmawr, NJ 09031
(856) 931-2700

Branches at Centerville

1700 South 9th Street
Camden, NJ 08104
(856)-756-2266

Cherry Hill Free Clinic

5 Esterbrook Lane
Cherry Hill, NJ 08003
(856)-281-3032

The following options are not free, but are close to Lindenwold:

Inspira Urgent Care- \$25.00

1238 Chews Landing Road, Clementon NJ 08021
(856)-545-9500

AFC Urgent Care

2001 College Drive #11, Clementon NJ 08021
(856)-566-3333

Centro de atención y bienestar HealthFirst

35 E. Browning Road
Bellmawr, Nueva Jersey 09031
(856) 931-2700

Sucursales en Centerville

1700 sur calle 9
Camden, Nueva Jersey 08104
(856)-756-2266

Clínica gratuita Cherry Hill

5 Esterbrook Lane
Cherry Hill, Nueva Jersey 08003
(856)-281-3032

Las siguientes opciones no son gratuitas, pero están cerca de Lindenwold:

Inspirar atención de urgencia- \$25.00

1238 Chews Landing Road, Clementon New Jersey 08021
(856)-545-9500

Atención de urgencia de la AFC

2001 College Drive #11, Clementon Nueva Jersey 08021
(856)-566-3333



IF YOU ARE GETTING A PHYSICAL OUTSIDE OF LINDENWOLD

Please ensure you bring the following forms to your appointment:

- A. **Physical Examination Form** – Bring this with you to the appointment.
- B. **Medical History Form** – Must be completed by a parent or guardian.
- C. **Medical Examination Form** – Must be completed by the physician.

Only **Form C – Medical Examination Form** should be returned to the Lindenwold School District. This form is required to determine clearance and eligibility for athletic participation.

SI VA A REALIZARSE UN EXAMEN FÍSICO FUERA DE LINDENWOLD

Asegúrese de llevar los siguientes formularios a su cita:

- A. **Formulario de Examen Físico** – Llévelo con usted a la cita.
- B. **Formulario de Historial Médico** – Debe ser completado por un padre, madre o tutor.
- C. **Formulario de Examen Médico** – Debe ser completado por el médico.

Solo el **Formulario C – Formulario de Examen Médico** debe ser devuelto al Distrito Escolar de Lindenwold. Este formulario es necesario para determinar la autorización y elegibilidad para la participación en deportes.



FORM A. (ENGLISH)

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module Hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance) PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Y ☐ N
COVID-19 VACCINE		
Previously received COVID-19 vaccine: ☐ Y ☐ N		
Administered COVID-19 vaccine at this visit: ☐ Y ☐ N If yes: ☐ First dose ☐ Second dose ☐ Third dose ☐ Booster date(s) _____		
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

FORM B (ENGLISH)

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The medical eligibility form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student-Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

HISTORY FORM

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: _____ Date of birth: _____

Date of examination: _____ Sport(s): _____

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): _____ How do you identify your gender? (F, M, non-binary, or another gender): _____

Have you had COVID-19? (check one): ☐ Y ☐ N

Have you been immunized for COVID-19? (check one): ☐ Y ☐ N If yes, have you had: ☐ One shot ☐ Two shots
☐ Three shots ☐ Booster date(s) _____

List past and current medical conditions. _____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. _____

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional). _____

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects). _____

Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)

	Not at all	Several days	Over half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(A sum of ≥ 3 is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

GENERAL QUESTIONS (Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)		
	Yes	No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU		
	Yes	No
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (CONTINUED)			
	Yes	No	
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?			
10. Have you ever had a seizure?			
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY			
	Unsure	Yes	No
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?			
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?			
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?			

FORM B (SPANISH)

This form should be maintained by the healthcare provider completing the physical exam (medical home). It should not be shared with schools. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school. The physical exam must be completed by a healthcare provider who is a licensed physician, advanced practice nurse or physician assistant who has completed the Student - Athlete Cardiac Assessment Professional Development module hosted by the New Jersey Department of Education.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, usted recibió: ☐ Una dosis ☐ Dos dosis
☐ Tres dosis ☐ Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?			
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?			
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?			
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?			
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?			
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.			
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?			
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?			

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No	
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No	
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Preparticipation Physical Evaluation Medical Eligibility Form

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to school. It should be kept on file with the student's school health record.

Student Athlete's Name _____ Date of Birth _____

Date of Exam _____

- ☐ Medically eligible for all sports without restriction
- ☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of
- ☐ Medically eligible for certain sports
- ☐ Not medically eligible pending further evaluation
- ☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have reviewed the history form and examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings- are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Signature of physician, APN, PA _____

Office stamp (optional)

Address: _____

Name of healthcare professional (print) _____

I certify I have completed the Cardiac Assessment Professional Development Module developed by the New Jersey Department of Education.

Signature of healthcare provider _____

Shared Health Information

Allergies _____

Medications:

Other information: _____

Emergency Contacts: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

*This form has been modified to meet the statutes set forth by New Jersey.

