



Farmersville Junior High School

Chris Sanchez, Principal
Alexander Romo, Athletic Director

Please print. Please use a blue or black pen.

My child _____ has my permission to participate the following sports. He/she is physically able to actively and permission to compete in:

FALL

- ☐ Cross Country
- ☐ Football
- ☐ Volleyball

WINTER

- ☐ Basketball
- ☐ Soccer
- ☐ Wrestling

SPRING

- ☐ Baseball
- ☐ Softball
- ☐ Track/Field

**** Students must provide proof of medical insurance before beginning a team practice ****

Circle yes or no to each of the following:

- 1) Yes No I have insurance which constitutes a waiver in which I will be responsible for accidents that are not covered by the LIMITED SCHOOL INSURANCE POLICY for competing students.
- 2) Yes No My child has no physical defects of handicaps that could be aggravated by competing is sports. If there are any medical problems, please list them here (including asthma). _____

EMERGENCY INFORMATION

Student Name: _____ Birthdate: ____/____/____ Age: ____

Address: _____ Phone # : _____ Grade: ____

Parents/Guardian name: _____

In case parents cannot be reached please contact the following:

Name: _____ Phone # : _____

Address: _____

Doctor: _____ Phone # : _____

-OR-

Hospital: _____ Phone #: _____

Parent Signature/Guardian _____

☐ Yes ☐ No If the above-named person(s) is not available, I authorize the school authorities to seek necessary medical treatment at a hospital or other medical facility in the vicinity of the school.



Farmersville Junior High School

Chris Sanchez, Principal
Alexander Romo, Director Atlético

Escribe en letras de molde con pluma azul o negro.

Mi niño/a _____ tiene mi permiso para participar en los siguientes deportes. Es físicamente capaz de competir activamente y permiso a competir en:

OTOÑO

- ☐ Correr a campo
- ☐ Futbol Americano
- ☐ Voleibol

INVIERNO

- ☐ Baloncesto
- ☐ Futbol
- ☐ Deporte de lucha

PRIMAVERA

- ☐ Beisbol
- ☐ Softbol
- ☐ Pista/Campo

**** Estudiantes deben traer comprobante de seguro médico antes de practicar ****

Circulo sí o no a cada uno de los siguientes:

- 1) Si No Tengo seguro que constituye una renuncia en el que seré responsable de accidentes accidentes que no están cubiertos por la póliza de segura limitado para estudiantes.
- 2) Si No Mi hijo no tiene ningún defecto físico de desventajas que podrían agravarse por competir es deportivo. Si hay algún problema médico, sírvase enumerarlos aquí (incluyendo asma). _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre de estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ Teléfono : _____ Grado: ____
Padres/Guardián: _____

En caso de que los padres no pueden ser localizados por favor contacte las siguientes:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

-O-

Hospital: _____ Teléfono: _____

Firma de Padre/Guardian _____

☐ Si ☐ No Si la persona (s) nombrada arriba no está disponible, autorizo a las autoridades escolares para recibir tratamiento médico necesario en un hospital o otro centro médico en las cercanías de la escuela.



Farmersville Jr High School Athletics

Student Medical Insurance Information Form

To be completed and submitted prior to participation in any athletic activities

Student Information

- Full Name: _____
- Grade: _____
- Date of Birth: _____
- Sport(s): _____

Parent/Guardian Contact Information

- Name: _____
- Primary Phone: _____
- Secondary Phone: _____
- Email Address: _____

Medical Insurance Information

- Insurance Provider: _____
- Policy Holder's Name: _____
- Relationship to Student: _____
- Policy Number: _____
- Group Number (if applicable): _____
- Insurance Phone Number: _____

Parent/Guardian Authorization

I confirm that the information provided above is accurate and complete. I give permission for the school's coaching and medical staff to use this information in case of an emergency involving my student athlete.

Signature of Parent/Guardian: _____

Date: _____



Farmersville Jr High School Athletics

Formulario de Información de Seguro Médico Estudiantil

Debe completarse y entregarse antes de participar en cualquier actividad atlética.

Información del Estudiante

- Nombre Completo _____
- Grado _____
- Fecha de Nacimiento _____
- Deporte(s) _____

Información de Contacto del Padre/Tutor

- Nombre _____
- Teléfono Primario _____
- Teléfono Secundario _____
- Correo Electrónico _____

Información del Seguro Médico

- Proveedor de Seguro _____
- Nombre del Titular de la Póliza _____
- Relación con el Estudiante _____
- Número de Póliza _____
- Número de Grupo (si aplica) _____
- Teléfono del Seguro _____

Autorización del Padre/Tutor

Confirmando que la información proporcionada anteriormente es precisa y completa. Autorizo al personal médico y entrenadores de la escuela a utilizar esta información en caso de una emergencia que involucre a mi estudiante atleta.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

**Farmersville Unified School District
Expanded Learning Program (After School Program)
2026–2027 Parent Permission & Enrollment Form**

Throughout the 2026–2027 school year, your child may participate in **school-sponsored after-school activities**, such as sports, clubs, practices, rehearsals, academic programs, or other extracurricular activities.

Students who remain on campus after the regular school day to participate in these activities are considered participants in the **Expanded Learning Program (After School Program)** while the activity is in session.

As a participant in the Expanded Learning Program, your child will:

- Receive a nutritious afternoon snack before the activity begins.
- Student will sign into and out of the Expanded Learning Program each day the activity is held, as required by California State regulations.
- Be supervised by program or activity staff during the scheduled program time.
- Be expected to follow all school and Expanded Learning Program rules, expectations, and behavior standards.

Student Behavior Expectations

The Expanded Learning Program is committed to providing a safe, positive, and respectful environment for all students. Appropriate behavior is expected at all times.

Students who do not follow school or program expectations, demonstrate unsafe behavior, or repeatedly violate program rules may lose the privilege of participating in the after-school activity and/or the Expanded Learning Program.

Parent Permission - Please mark the appropriate box.

☐: I give permission for my child to participate in the **2026–2027 Expanded Learning Program (After School Program)** whenever they participate in a school-sponsored after-school activity.

I understand that my child will be considered enrolled in the Expanded Learning Program during these activities and that this signed form will serve as the required enrollment authorization for California State compliance.

Student Name: _____ **School:** _____ **Grade:** _____

☐: I DO NOT GIVE permission for my child to participate in school - sponsored activities through the Expanded Learning Program.

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

For questions, please contact the Expanded Learning Program Office at **(559) 592-2010**.

Distrito Escolar Unificado de Farmersville
Programa de Aprendizaje Ampliado (Programa Después de Clases)
Formulario de Inscripción Año Escolar 2026–2027

Durante el año escolar **2026–2027**, su hijo(a) podrá participar en actividades después de clases patrocinadas por la escuela, tales como deportes, clubes, prácticas, ensayos, programas académicos u otras actividades extracurriculares.

Los estudiantes que permanezcan en el plantel escolar después del horario regular de clases para participar en estas actividades serán considerados participantes del **Programa de Aprendizaje Ampliado (Programa Después de Clases)** mientras la actividad esté en sesión.

Como participante del Programa de Aprendizaje Ampliado, su hijo(a):

- Recibirá un refrigerio nutritivo antes de que comience la actividad.
- Registrará su entrada y salida del Programa de Aprendizaje Ampliado cada día que se lleve a cabo la actividad, de acuerdo con los requisitos del Estado de California.
- Estará bajo la supervisión del personal del programa o de la actividad durante el horario establecido.
- Deberá cumplir con todas las reglas, expectativas y normas de comportamiento de la escuela y del Programa de Aprendizaje Ampliado.

Expectativas de Comportamiento del Estudiante

El Programa de Aprendizaje Ampliado está comprometido a proporcionar un ambiente seguro, positivo y respetuoso para todos los estudiantes. Se espera que los estudiantes mantengan un comportamiento apropiado en todo momento.

Los estudiantes que no sigan las expectativas de la escuela o del programa, demuestren conductas inseguras o incumplan repetidamente las reglas del programa podrán perder el privilegio de participar en las actividades después de clases y/o en el Programa de Aprendizaje Ampliado.

Autorización del Padre/Tutor -Por favor, marque la opción correspondiente.

☐ **Sí doy permiso** para que mi hijo(a) participe en el **Programa de Aprendizaje Ampliado (Programa Después de Clases)** durante el año escolar **2026–2027** cada vez que participe en una actividad después de clases patrocinada por la escuela.

Entiendo que mi hijo(a) será considerado(a) inscrito(a) en el Programa de Aprendizaje Ampliado durante estas actividades y que este formulario firmado servirá como la autorización de inscripción requerida para cumplir con los requisitos del Estado de California.

Nombre del Estudiante: _____ **Escuela:** _____ **Grado:** _____

☐ **NO doy permiso** para que mi hijo(a) participe en actividades después de clases patrocinadas por la escuela a través del Programa de Aprendizaje Ampliado.

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Parent Code of Conduct

I hereby pledge to provide positive support, care, and encouragement for my child, participating in Farmersville middle school sports by following this Parents' Code of Conduct.

1. I will encourage good sportsmanship by demonstrating positive support for all players, coaches, fans, and officials with respect regardless of race, sex, creed, or ability. at every game, practice, and sports event.
2. I will place the emotional and physical well-being of my child ahead of my personal desire to win.
3. I will support coaches and officials working with my child, to encourage a positive and enjoyable experience for all.
4. I will demand a sports environment for my child that is free from drugs, tobacco and alcohol and will refrain from their use at all youth sports events.
5. I will remember that the game is for youth - not adults.
6. I understand that my child is given every opportunity to enhance their skills, however playing time is earned not guaranteed.
7. I promise to lead by example.

Steps to Follow if You Have a Concern to Discuss with a Coach:

It is important not to confront a coach before or after a contest or practice. These are emotional times for parents and coaches and is not appropriate to make an attempt toward a resolution of a problem. Please give a 24-hour cooling period and if the concern remains, please follow the procedures below.

- Call or email the coach to set up an appointment to meet with the Athletic Director and Principal.
- If the coach cannot be reached, call the FJHS office or email the Principal: Chris Sanchez, Assistant Principal: Trista Waymire, or athletic director: to set up a meeting.

Thank you, we appreciate your help.

Principal: Mr. Sanchez - csanchez@farmerville.k12.ca.us

Assistant Principal: Mrs. Waymire - twaymire@farmerville.k12.ca.us

Athletic Director: Mr. Romo

Farmersville Jr. High School (559) 747-0764

Parent Signature: _____



Parent/Athlete Concussion Information Sheet

A concussion is a type of traumatic brain injury that changes the way the brain normally works. A concussion is caused by bump, blow, or jolt to the head or body that causes the head and brain to move rapidly back and forth. Even a “ding,” “getting your bell rung,” or what seems to be a mild bump or blow to the head can be serious.

WHAT ARE THE SIGNS AND SYMPTOMS OF CONCUSSION?

Signs and symptoms of concussion can show up right after the injury or may not appear or be noticed until days or weeks after the injury.

If an athlete reports **one or more** symptoms of concussion listed below after a bump, blow, or jolt to

Did You Know?

- Most concussions occur *without* loss of consciousness.
- Athletes who have, at any point in their lives, had a concussion have an increased risk for another concussion.
- Young children and teens are more likely to get a concussion and take longer to recover than adults.

the head or body, s/he should be kept out of play the day of the injury and until a health care professional, experienced in evaluating for concussion, says s/he is symptom-free and it’s OK to return to play.

SIGNS OBSERVED BY COACHING STAFF	SYMPTOMS REPORTED BY ATHLETES
Appears dazed or stunned	Headache or “pressure” in head
Is confused about assignment or position	Nausea or vomiting
Forgets an instruction	Balance problems or dizziness
Is unsure of game, score, or opponent	Double or blurry vision
Moves clumsily	Sensitivity to light
Answers questions slowly	Sensitivity to noise
Loses consciousness (<i>even briefly</i>)	Feeling sluggish, hazy, foggy, or groggy
Shows mood, behavior, or personality changes	Concentration or memory problems
Can’t recall events <i>prior</i> to hit or fall	Confusion
Can’t recall events <i>after</i> hit or fall	Just not “feeling right” or “feeling down”

CONCUSSION DANGER SIGNS

In rare cases, a dangerous blood clot may form on the brain in a person with a concussion and crowd the brain against the skull. An athlete should receive immediate medical attention if after a bump, blow, or jolt to the head or body s/he exhibits any of the following danger signs:

- One pupil larger than the other
- Is drowsy or cannot be awakened
- A headache that not only does not diminish, but gets worse
- Weakness, numbness, or decreased coordination
- Repeated vomiting or nausea
- Slurred speech
- Convulsions or seizures
- Cannot recognize people or places
- Becomes increasingly confused, restless, or agitated
- Has unusual behavior
- Loses consciousness (*even a brief loss of consciousness should be taken seriously*)

WHY SHOULD AN ATHLETE REPORT THEIR SYMPTOMS?

If an athlete has a concussion, his/her brain needs time to heal. While an athlete's brain is still healing, s/he is much more likely to have another concussion. Repeat concussions can increase the time it takes to recover. In rare cases, repeat concussions in young athletes can result in brain swelling or permanent damage to their brain. *They can even be fatal.*

Remember

Concussions affect people differently. While most athletes with a concussion recover quickly and fully, some will have symptoms that last for days, or even weeks. A more serious concussion can last for months or longer.

WHAT SHOULD YOU DO IF YOU THINK YOUR ATHLETE HAS A CONCUSSION?

If you suspect that an athlete has a concussion, remove the athlete from play and seek medical attention. Do not try to judge the severity of the injury yourself. Keep the athlete out of play the day of the injury and until a health care professional, experienced in evaluating for concussion, says s/he is symptom-free and it's OK to return to play.

Rest is key to helping an athlete recover from a concussion. Exercising or activities that involve a lot of concentration, such as studying, working on the computer, or playing video games, may cause concussion symptoms to reappear or get worse. After a concussion, returning to sports and school is a gradual process that should be carefully managed and monitored by a health care professional.

It's better to miss one game than the whole season. For more information on concussions, visit: www.cdc.gov/Concussion.

Student-Athlete Name Printed

Student-Athlete Signature

Date

Parent or Legal Guardian Printed

Parent or Legal Guardian Signature

Date



Una conmoción es un tipo de lesión cerebral traumática que ocasiona cambios en la forma en que funciona el cerebro normalmente. Una conmoción es causada por un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo que hace que la cabeza y el cerebro se muevan rápida y repentinamente hacia adelante y hacia atrás. Hasta un "chichoncito" o lo que pareciera ser tan solo un golpe o una sacudida leve en la cabeza pueden ser algo grave.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Los signos y síntomas de una conmoción cerebral pueden aparecer justo después de una lesión o puede que no aparezcan o se noten sino hasta días o semanas después de ocurrida la lesión.

Si un deportista presenta **uno o más** de los síntomas de una conmoción cerebral indicados a continuación,

¿Sabía usted que...?

- La mayoría de las conmociones cerebrales ocurren sin pérdida del conocimiento.
- Los deportistas que han sufrido una conmoción cerebral en algún momento de sus vidas, tienen un mayor riesgo de sufrir otra.
- Los niños pequeños y los adolescentes tienen más probabilidad de sufrir una conmoción cerebral y de que les tome más tiempo recuperarse que los adultos.

luego de un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo, no se le debe permitir continuar jugando el día de la lesión y no debe volver a jugar hasta que un profesional médico con experiencia en evaluación de conmociones cerebrales indique que ya no presenta síntomas y que puede volver a jugar.

SIGNOS OBSERVADOS POR EL PERSONAL DE ENTRENAMIENTO	SÍNTOMAS REPORTADOS POR LOS DEPORTISTAS
Parece aturdido o desorientado	Dolor de cabeza o "presión" en la cabeza
Está confundido en cuanto a su posición de juego	Nauseas o vómitos
Olvida las instrucciones	Problemas de equilibrio o mareo
No está seguro del juego, de la puntuación o de adversarios	Vision borrosa o doble
Se mueve con torpeza	Sensibilidad a la luz
Responde a las preguntas con lentitud	Sensibilidad al ruido
Pierde el conocimiento (aunque sea por poco tiempo)	Sentirse débil, desorientado, aturdido, atontado o grogui
Muestra cambios de ánimo, comportamiento o personalidad	Problemas de concentración o de memoria
No puede recordar lo ocurrido antes del golpe o caída	Confusión
No puede recordar lo ocurrido después del golpe o caída	No sentirse bien, no con ganas de hacer nada

SIGNOS DE PELIGRO POR UNA CONMOCIÓN CEREBRAL

En casos poco frecuentes, en las personas que sufren una conmoción cerebral puede formarse un coágulo de sangre peligroso que podría hacer que el cerebro ejerza presión contra el cráneo. Un deportista debe recibir atención médica de inmediato si luego de sufrir un golpe, impacto o sacudida en la cabeza o el cuerpo presenta alguno de los siguientes signos de peligro:

- Una pupila está más grande que la otra
- Está mareado o no se puede despertar
- Dolor de cabeza que es persistente y además empeora
- Debilidad, entumecimiento o menor coordinación
- Náuseas o vómitos constantes
- Dificultad para hablar o pronunciar las palabras
- Convulsiones o ataques
- No puede reconocer a personas o lugares
- Se siente cada vez más confundido, inquieto o agitado
- Se comporta de manera poco usual
- Pierde el conocimiento (las pérdidas del conocimiento deben considerarse como algo serio aunque sean breves)

¿POR QUÉ DEBE UN DEPORTISTA NOTIFICAR A ALGUIEN SI TIENE SÍNTOMAS?

Si un deportista sufre una conmoción, su cerebro necesitará tiempo para sanar. Cuando el cerebro de un deportista se está curando, tiene una mayor probabilidad de sufrir una segunda conmoción. Las conmociones repetidas (o secundarias) pueden aumentar el tiempo que toma la recuperación. En casos poco frecuentes, repetidas conmociones

Recuerde

Las conmociones cerebrales afectan a las personas de manera diferente. Si bien la mayoría de los deportistas que sufren una conmoción cerebral se recuperan en forma completa y rápida, algunos tienen síntomas que duran días o incluso semanas. Una conmoción cerebral más grave puede durar por meses o aún más.

cerebrales en los jóvenes deportistas pueden ocasionar inflamación del cerebro o daño cerebral permanente. Incluso pueden ser mortales.

¿QUÉ DEBE HACER SI CREE QUE SU DEPORTISTA HA SUFRIDO UNA CONMOCIÓN CEREBRAL?

Si considera que un deportista tiene una conmoción cerebral, sáquelo del juego y busque atención médica de inmediato. No intente juzgar usted mismo la seriedad de la lesión. No permita que el deportista regrese a jugar el mismo día de la lesión y espere a que un profesional médico con experiencia en la evaluación de conmociones cerebrales indique que ya no presenta síntomas y que puede volver a jugar.

El descanso es la clave para ayudar a un deportista a recuperarse después de una conmoción cerebral. Durante el ejercicio o las actividades que requieran de mucha concentración, como estudiar, trabajar en la computadora o los juegos de video, pueden causar que los síntomas de la conmoción cerebral reaparezcan o empeoren. Después de una conmoción cerebral, volver a practicar deportes y regresar a la escuela debe ser un proceso gradual que tiene que ser controlado y observado cuidadosamente por un profesional médico.

Mejor perder un juego que toda la temporada. Para más información sobre la conmoción cerebral, visite: www.cdc.gov/Concussion.

Nombre del estudiante o deportista

Firma del estudiante o deportista

Fecha

Nombre del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Fecha