



ARCHDIOCESE
of MILWAUKEE

Form
6145.2(b)

PARENTS AND/OR LEGAL GUARDIANS
RISK ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT TO PARTICIPATE FORM

PARTICIPANT:		BIRTH DATE:
ADDRESS:		
PARENT/GUARDIAN:		
HOME PHONE:	WORK PHONE:	CELL PHONE:
PARENT/GUARDIAN ADDRESS:		
PARENT/GUARDIAN:		
HOME PHONE:	WORK PHONE:	CELL PHONE:
PARENT/GUARDIAN ADDRESS:		

My/our child wishes to participate in the sport(s) of (list all)

_____ during the _____ school year.

I/We will realize that there are numerous risks involved in participating in the above listed sport(s). These risks could involve (but are not limited to): sprains, contusions, broken bones, lacerations, concussions, permanent disability, internal injuries, paralysis, and possibly death. These risks could impair my/our child's future abilities to earn a living, engage in business, social, and recreational activities and to generally enjoy life. I/We have been informed about the various risks associated our child's participation in the above listed sports and the potential injuries that may occur.

I/We will assume all responsibility and certify my/our child is in good physical condition and has undergone a sports physical in the past two years. Further, I/we are unaware of any medical condition that would inhibit my/our child's participation.

As a condition of our child's voluntary participation in the above mentioned sports, I/we agree to accept all the previously mentioned risks as a condition of my/our child's participation.

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE:	DATE:
PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE:	DATE:

By entering my full name, I attest that this constitutes my legal electronic signature on this form.

ARQUIDIOCESIS DE MILWAUKEE
Forma para Padres/Tutores Legales del Conocimiento de los Riesgos
Y del Consentimiento para Participar

Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____

1) Padre/Tutor: _____
Dirección del Padre/Tutor: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

2) Madre/Tutora: _____
Dirección de la Madre/Tutora: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Mi/Nuestro Hijo(a)/os desea(n) participar en el deporte(s) de (anótelos todos):

Durante el año escolar _____.

Yo/Nosotros entendemos que hay un gran número de riesgos implicados en la participación del deporte(s) listado(s) arriba. Estos riesgos pueden implicar (pero no limitarse a): torceduras, contusión, huesos rotos, laceraciones, conmoción cerebral, incapacidad permanente, lesiones internas, parálisis y posiblemente la muerte. Estos riesgos pueden afectar las habilidades futuras de mi/nuestro hijo(a) de hacer una vida, hacer sus obligaciones, participar en actividades sociales y recreacionales, y generalmente de disfrutar la vida.

Yo/Nosotros hemos sido informados acerca de todos los riesgos asociados con la participación de nuestro hijo(a) en los deportes mencionados en la parte de arriba y las posibles lesiones que puedan ocurrir.

Yo/Nosotros asumo (imos) todas las responsabilidades y certifico/amos que mi/nuestro hijo(a) está en buena condición física y se ha sometido a un examen físico en los últimos dos años. Además, Yo/Nosotros no se (sabemos) de ninguna condición médica que le impida a mi/nuestro hijo(a) participar.

Como condición de la participación voluntaria de nuestro hijo en los deportes mencionados en la parte de arriba, Yo/nosotros aceptamos todos los riesgos mencionados anteriormente como una condición de la participación de nuestro hijo(a).

Padre/Tutor Legal Fecha

Madre/Tutora Legal Fecha



STUDENT ATHLETE: MEDICAL INFORMATION AND EMERGENCY CONSENT FORM

PARTICIPANT'S NAME:		
ADDRESS:		
CITY:	ZIP:	PHONE:
PARENT/LEGAL GUARDIAN:		
ADDRESS:		
EMPLOYER:		
HOME PHONE:	CELL PHONE:	WORK PHONE:
OTHER EMERGENCY CONTACT PERSON:		PHONE:

MEDICAL INFORMATION

FAMILY PHYSICIAN:	PHONE:
GROUP/ADDRESS:	
HOSPITAL OF PREFERENCE:	

INSURANCE INFORMATION

SUBSCRIBER:	GROUP NUMBER:
POLICY NUMBER:	COMPANY:
PRE-EXISTING MEDICAL CONDITIONS:	

I authorize the coaching staff to provide emergency medical treatment of any injury to or illness by my child if qualified medical personnel consider treatment necessary. I further authorize any qualified, licensed physician to render medical treatment which in his or her judgment may be deemed necessary in the care of (child's name) _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN:	DATE:
------------------------	-------

By entering my full name, I attest that this constitutes my legal electronic signature on this form.

PARENT/LEGAL GUARDIAN:	DATE:
------------------------	-------

ARQUIDIOCESIS DE MILWAUKEE
Forma de Consentimiento de la Información Médica y de Emergencia
Del Estudiante Atleta.

Nombre del Participante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Padres / Tutores Legales _____

Dirección _____

Empresa _____

Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Otra persona para llamar en caso de Emergencia _____

Teléfono _____

INFORMACION MÉDICA:

Médico Familiar: _____ Teléfono _____

Grupo / Dirección: _____

Hospital de Preferencia: _____

Información del seguro médico:

Suscriptor: _____ # del Grupo: _____

De Póliza: _____ Compañía: _____

Condiciones Médicas Pre-existentes:

Yo autorizo al entrenador proveer tratamiento médico a mi hijo(a) en caso de emergencia, de fracturas o enfermedad si el personal médico calificado lo considera necesario. Yo además autorizo a cualquier medico calificado con licencia, proveer tratamiento médico necesario según su opinión para el cuidado de (nombre del niño) _____.

Padre / Tutor Legar _____ Fecha _____

Madre / Tutor Legal _____ Fecha _____

Forma 6145.2(a), 5141.1 Arquidiócesis de Milwaukee

Forma corregida: 5-6-97

5/6/1997

9/4/2007



PARENT AND ATHLETE CONCUSSION ACKNOWLEDGEMENT FORM

As a Parent and as an Athlete it is important to recognize the signs, symptoms, and behaviors of concussions. By signing this form you are stating that you understand the importance of recognizing and responding to the signs, symptoms, and behaviors of a concussion or head injury. *This form must be completed annually prior to participation in any sport.*

Parent Agreement:

I, _____ have read the Concussion Fact Sheet for Parents and understand what a concussion is and how it may be caused. I also understand the common signs, symptoms, and behaviors. I agree that my child must be removed from practice/play if a concussion is suspected.

I understand that it is my responsibility to seek medical treatment if a suspected concussion is reported to me.

I understand that my child cannot return to practice/play until providing written clearance from an appropriate health care provider to his/her coach.

I understand the possible consequences of my child returning to practice/play too soon.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:	DATE:
----------------------------	-------

By entering my full name, I attest that this constitutes my legal electronic signature on this form.

Athlete Agreement:

I, _____ have read the Concussion Fact Sheet for Athletes and understand what a concussion is and how it may be caused.

I understand the importance of reporting a suspected concussion to my coaches and my parents/guardian.

I understand that I must be removed from practice/play if a concussion is suspected. I understand that I must provide written clearance from an appropriate health care provider to my coach before returning a practice/play.

I understand the possible consequence of returning to practice/play too soon and that my brain needs time to heal.

ATHLETE SIGNATURE:	DATE:
--------------------	-------

By entering my full name, I attest that this constitutes my legal electronic signature on this form.

Forma
5141 (b)
6145.2 (l)

Forma del Conocimiento de la Conmoción Cerebral Para Padres y Atletas

Como Padre/Madre y como Atleta es importante reconocer las señales, los síntomas y el comportamiento de la Conmoción Cerebral.

Al firmar esta forma usted(es) está declarando que entiende la importancia de reconocer y responder a las señales, síntomas, y comportamiento del daño cerebral o lesiones en la cabeza. Esta forma debe de ser completada en cada temporada de deportes y por cada organización de jóvenes atletas en las que el atleta participe.

Acuerdo de los padres:

Yo, _____ He leído la forma de los hechos de la conmoción cerebral para padres, y entiendo lo que es la conmoción cerebral y como puede ser causada. Yo también entiendo las señales comunes, síntomas, y comportamiento. Yo estoy de acuerdo que mi niño(a) puede ser removido de la practica/juego si se cree que hay una conmoción cerebral.

Yo entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me reporta que se sospecha (cree) que hay una conmoción cerebral.

Yo entiendo que mi niño(a) no puede regresar a la práctica/juego hasta que traiga una carta de autorización para el entrenador (a) escrita por el proveedor de salud adecuado.

Yo entiendo las posibles consecuencias para mi hijo(a) al regresar muy pronto a la práctica/juego.

Padres/Tutores

Firma _____ Fecha _____

Acuerdo del Atleta:

Yo, _____ He leído la hoja de los hechos de la conmoción cerebral para los atletas y entiendo lo que es la conmoción cerebral y como puede ser causada.

Yo entiendo la importancia de reportar una conmoción cerebral a mi entrenador y a mis padres/tutores.

Yo entiendo que debo de ser removido de la practica/juego si se sospecha que hay una conmoción cerebral.

Yo entiendo que debo de traer una carta de autorización escrita por el proveedor de salud adecuado para mi entrenador antes de regresar a la práctica/juego.

Yo entiendo las posibles consecuencias al regresar a la práctica/juego muy pronto y que mi cerebro necesita tiempo para sanar.

Atleta

Firma _____ Fecha _____



ARCHDIOCESE
of MILWAUKEE

Form
6145.2(m)

PARENT/GUARDIAN
SPORTSMANSHIP PLEDGE

Sports-man-ship – *n.* conduct (as fairness, respect for one's opponent, and graciousness in winning or losing) becoming to one participating in a sport

As a parent/guardian of an Archdiocese of Milwaukee student-athlete, I pledge to:

- Display Christian behavior at practices and games.
- Represent my parish and/or school to the very best of my ability.
- Be a positive role model for players, coaches and spectators.
- Provide encouragement and support for players and coaches.
- Refrain from profanity, racial or ethnic comments, harassment or taunting of players, opponents, coaches, officials and fans.
- Promote good sportsmanship by my son/daughter.
- Take responsibility for my actions.

I understand that I may not be able to attend activities if I do not display good sportsmanship.

PARENT(S)/GUARDIAN(S):	ARCHBISHOP JEROME E. LISTECKI: <i>+ Jerome E. Listecky</i>
------------------------	---

By entering my full name, I attest that this constitutes my legal electronic signature on this form.

Arquidiócesis de Milwaukee
Compromiso del Espíritu Deportivo de los Padres/tutores

Espíritu deportivo – *sujeto*. Conducta (como justicia, respeto hacia los oponentes, y gentileza ganando o perdiendo) apropiada para los participantes en los deportes.

Como padre/tutor del estudiante-atleta de la Arquidiócesis de Milwaukee, Yo prometo:

- Mostrar un Comportamiento Cristiano en las prácticas y en los juegos.
- Representar mi parroquia y/o escuela en la mejor de mis habilidades.
- Ser un ejemplo positivo para los jugadores, entrenadores y espectadores.
- Proveer apoyo y animar a los jugadores y entrenadores.
- Abstenerme de blasfemias (malas palabras), comentarios racistas o étnicos, acoso o burlarse de los compañeros de equipo, oponentes, entrenadores, árbitros y espectadores.
- Promover un buen espíritu deportivo para mi hijo/hija.
- Tomar responsabilidades de mis acciones.

Yo entiendo que quizás no pueda asistir a las actividades si no muestro un buen espíritu deportivo.

+ Jerome E. Listecky

Padre(s)/Tutor(es)

Arzobispo Jerome E. Listecky



**STUDENT-ATHLETE
SPORTSMANSHIP PLEDGE**

Sports-man-ship – n. conduct (as fairness, respect for one's opponent, and graciousness in winning or losing) becoming to one participating in a sport

As a student-athlete of the Archdiocese of Milwaukee, I pledge to:

- Display Christian behavior at practices and games.
- Represent my parish and/or school to the very best of my ability.
- Refrain from profanity, racial or ethnic comments, harassment or taunting of teammates, opponents, coaches, officials and fans.
- Encourage good sportsmanship by my teammates, coaches and family members.
- Take responsibility for my actions.

I understand that representing my parish/school is a privilege and I may not be able to participate in activities if I do not display good sportsmanship.

STUDENT-ATHLETE:	PARENT(S) /GUARDIAN(S):
COACH:	ARCHBISHOP JEROME E. LISTECKI: <i>+ Jerome E. ListECKI</i>

By entering my full name, I attest that this constitutes my legal electronic signature on this form.

Forma
6145.2 (i)

Arquidiócesis de Milwaukee
Compromiso del Espíritu Deportivo Del Estudiante-Atleta

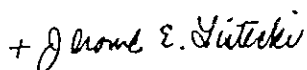
Espíritu Deportivo – *sujeto*. Conducta (como justicia, respeto hacia los oponentes, y gentileza ganando o perdiendo) apropiada para el (la) que participe en deportes
Como un estudiante atleta de la Arquidiócesis de Milwaukee, Yo prometo:

- Mostrar un Comportamiento Cristiano en las prácticas y en los juegos.
- Representar mi parroquia y/o escuela en la mejor de mis habilidades.
- Abstenerme de blasfemias (malas palabras), comentarios racistas o étnicos, acoso o burlarse de los compañeros de equipo, oponentes, entrenadores, árbitros y espectadores.
- Promover un buen espíritu deportivo entre los compañeros, entrenadores y familiares.
- Tomar responsabilidad de mis acciones.

Yo entiendo que representar a mi parroquia/escuela es un privilegio y Yo quizás no pueda participar en actividades si no muestro un buen espíritu deportivo.

Atleta-Estudiante

Padres/Tutores



Entrenador

Arzobispo Jerome E. ListECKI



PHYSICAL EXAMINATION FORM - ATHLETIC PARTICIPATION

All students participating in interscholastic athletics must have this form on file at their school/parish prior to practice or participation.

Physical examination taken April 1 and thereafter is approved for the following two years of competition; physical examination taken before April 1 is valid only for the remainder of the current school year and the following year.

STUDENT INFORMATION

STUDENT'S NAME:				
ADDRESS:		CITY:	STATE:	ZIP:
DATE OF BIRTH:		PLACE OF BIRTH:		
AGE:	SEX:	GRADE:	HEIGHT:	WEIGHT:
SCHOOL:			CITY:	

PHYSICIAN'S RECOMMENDATIONS AND EXAMINATION

The above named student has been examined and there are no apparent restrictions to participation in interscholastic athletic activities except as follows:

<input type="checkbox"/> CLEARED WITHOUT RESTRICTION			
<input type="checkbox"/> CLEARED, WITH THE FOLLOWING QUALIFICATIONS:			
<input type="checkbox"/> NOT CLEARED <input type="checkbox"/> PENDING FURTHER EVALUATION <input type="checkbox"/> FOR ALL SPORTS <input type="checkbox"/> FOR CERTAIN SPORTS			
REASON:			
RECOMMENDATIONS:			
NAME OF PHYSICIAN (PRINT OR TYPE):			
SIGNATURE OF LICENSED PHYSICIAN (MD OR DO)/PA/APNP:			
ADDRESS/CLINIC:	CITY:	STATE:	ZIP:
TELEPHONE:	DATE OF EXAMINATION:		

Forma
6145.2 (b)

ARQUIDIOCESIS DE MILWAUKEE – EXAMEN FISICO
FORMA – ESCUELA ELEMENTAL INTERESCOLAR
ATLETISMO- NIÑOS/NIÑAS

*Valido para dos años de competencia. El examen no puede tomarse antes del 1^o de Abril.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Inicial del Medio Nombre Primer Nombre

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado): _____ Edad: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____ Estatura: _____
Grado: _____ Escuela: _____ Ciudad: _____

El/La estudiante arriba mencionado(a) ha sido examinado(a) y no hay restricciones aparentes para participar en actividades atléticas inter escolares con excepción de los siguientes:
Los deportes o actividades escolares en las que este(a) estudiante no puede participar son (si no hay ninguna, escriba NINGUNA):

*Si el examen es aprobado solamente para un año de competencia, marque aquí. _____
Firma del Doctor Autorizado (con Licencia) o Cirujano: _____
Firma (escrita a mano o en computadora): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Fecha de la Examinación: _____

TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE PARTICIPEN EN ATLETISMO (DEPORTES)
INTERESCOLAR DEBERAN DE TENER ESTA FORMA EN LOS ARCHIVOS DE SU
ESCUELA/PARROQUIA, ANTES DE LAS PRACTICAS O PARTICIPACION EN LOS
DEPORTES.

Forma 6145(c) Arquidiócesis de Milwaukee
Forma corregida: 5-6-97
2/15/1995
5/6/1997
5/8/2007