

HOPATCONG HIGH SCHOOL
ATHLETIC DEPARTMENT

RENEWAL FORM

All students wishing to participate in Athletics at Hopatcong High School must complete all parts of the registration process.

Step 1 Hopatcong ATHLETICS PHYSICAL PACKET

Please fill out and return **ALL** completed forms within this packet to the high school Nurse in order to be processed.

Step 2 Read Only (DO NOT PRINT THESE FORMS)

- forms can be found at <https://shorturl.at/mFJN0>

• NJSIAA Concussion Policy	• NJSIAA Steroid Testing Policy
• Hopatcong BOE Concussion Policy	• Sudden Cardiac Death in Young Athletes Information
• HHS Concussion Protocol	• Sports-Related Eye Injuries Information
• Hopatcong BOE Random Drug Testing Policy	• Opioid Use and Misuse Information & Video

By signing below, I acknowledge I have completed, read, and understand all information stated in Step 1 and Step 2 above.

PARENT/GUARDIAN/STUDENT CONSENTS

_____ has my permission to participate in all interscholastic sports checked below (Name of Athlete)

FALL

- ___ Football
- ___ Cheerleading
- ___ Marching Band
- ___ Soccer (G)(B)
- ___ Tennis (G)
- ___ Cross Country (G)(B)

WINTER

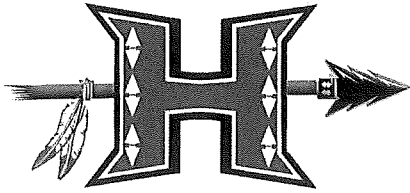
- ___ Basketball (G)(B)
- ___ Wrestling (G)(B)
- ___ Competition Cheer
- ___ Ice Hockey

SPRING

- ___ Baseball
- ___ Softball
- ___ Track (G) (B)
- ___ Tennis (B)

Parent Signature: _____ **Date:** _____

Student Signature: _____ **Date:** _____



ESCUELA SECUNDARIA HOPATCONG
DEPARTAMENTO DE ATLÉTICO

FORMA DE RENOVACIÓN

Todos los estudiantes que deseen participar en atletismo en Hopatcong High School deben completar todas las partes del proceso de inscripción.

Paso 1 PAQUETE FÍSICO DE ATLETISMO Hopatcong

Por favor complete y devuelva **TODO** formularios completos dentro de este paquete a la escuela secundaria

Enfermera para ser procesado.

Paso 2 Sólo lectura (NO IMPRIMIR ESTOS FORMULARIOS)

- los formularios se pueden encontrar en <https://shorturl.at/mFJN0>

<ul style="list-style-type: none"> • Política de conmoción cerebral de NJSIAA 	<ul style="list-style-type: none"> • Política de pruebas de esteroides de la NJSIAA
<ul style="list-style-type: none"> • Política de conmoción cerebral de Hopatcong BOE 	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre muerte súbita cardíaca en atletas jóvenes
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de conmoción cerebral del HHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre lesiones oculares relacionadas con los deportes
<ul style="list-style-type: none"> • Política de pruebas aleatorias de drogas de Hopatcong BOE 	<ul style="list-style-type: none"> • Información y vídeo sobre el uso y uso indebido de opioides

Al firmar a continuación, reconozco que he completado, leído y comprendido toda la información indicada en los Pasos 1 y 2 anteriores.

CONSENTIMIENTOS DEL PADRE/TUTOR/ESTUDIANTE

_____ tiene mi permiso para participar en todos los deportes interescolares marcados a continuación (Nombre del atleta)

CAER

- ___ Fútbol americano
- ___ Animadoras
- ___ Banda de marcha
- ___ Fútbol (G)(B)
- ___ Tenis (G)
- ___ Campo a través (G)(B)

INVIERNO

- ___ Baloncesto (G)(B)
- ___ Lucha libre (G)(B)
- ___ Aplausos de competencia
- ___ Hockey sobre hielo

PRIMAVERA

- ___ Béisbol
- ___ Softbol
- ___ Pista (G) (B)
- ___ Tenis (B)

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Last Physical Date _____

Nurse _____

Guidance _____ # _____

AD _____

**HOPATCONG HIGH SCHOOL
ATHLETIC PARTICIPATION FORM / UPDATE**

ATHLETE'S NAME: _____ GRADE _____

ADDRESS: _____

DATE OF BIRTH: _____ PLACE OF BIRTH: _____

I hereby consent for my child to compete in _____ for the 20____ season.
SPORT

I give my permission for him / her to practice, play, and travel as a member of this team. I realize that such activities involve the potential of injury. I acknowledge that even with the best coaching, the most advanced protection equipment, and strict observation of rules, injuries can be severe.

I also realize that when medical attention is necessary, the Hopatcong Board of Education insurance may only pay for the portion not covered by my insurance company. ("In Excess Policy")

My insurance company is _____

Policy Number: _____

If, for some reason, I lose my insurance coverage, I will notify the school at once in writing of this loss of coverage.

My son / daughter has had the following medical problems since his / her last physical.

DATE: _____ SIGNATURE: _____

(Parent / Guardian)

HOME PHONE: _____ BUSINESS PHONE: _____

I understand that in order to participate in _____ I must:
SPORT

1. Have passed a comprehensive medical examination given by the school's physician or my family doctor.
2. Have on file with the School Nurse written proof of this medical examination.
3. Have read the Hopatcong Athletic Handbook and will abide by all rules and regulations explained in the handbook.
4. Be academically eligible in accordance with Hopatcong High School and State regulations (refer to Handbook).

Date

Student's Signature

New Jersey Department of Education
Health History Update Questionnaire

Name of School: _____

To participate on a school-sponsored interscholastic or intramural athletic team or squad, each student whose physical examination was completed more than 90 days prior to the first day of official practice shall provide a health history update questionnaire completed and signed by the student's parent or guardian.

Student: _____ Age: _____ Grade: _____

Date of Last Physical Examination: _____ Sport: _____

Since the last pre-participation physical examination, has your son/daughter:

1. Been medically advised not to participate in a sport? Yes No

If yes, describe in detail:

2. Sustained a concussion, been unconscious or lost memory from a blow to the head? Yes No

If yes, explain in detail:

3. Broken a bone or sprained/strained/dislocated any muscle or joints? Yes No

If yes, describe in detail:

4. Fainted or "blacked out?" Yes No

If yes, was this during or immediately after exercise?

5. Experienced chest pains, shortness of breath or "racing heart?" Yes No

If yes, explain

6. Has there been a recent history of fatigue and unusual tiredness? Yes No

7. Been hospitalized or had to go to the emergency room? Yes No

If yes, explain in detail

8. Since the last physical examination, has there been a sudden death in the family or has any member of the family under age 50 had a heart attack or "heart trouble?" Yes No

9. Started or stopped taking any over-the-counter or prescribed medications? Yes No

10. Been diagnosed with Coronavirus (COVID-19)? Yes No

If diagnosed with Coronavirus (COVID-19), was your son/daughter symptomatic? Yes No

If diagnosed with Coronavirus (COVID-19), was your son/daughter hospitalized? Yes No

Date: _____ Signature of parent/guardian: _____

Please Return Completed Form to the School Nurse's Office

9/28/22

Cuestionario de actualización del historial médico del Departamento de Educación de Nueva Jersey

Nombre de Escuela: _____

Para participar en un equipo o escuadrón atlético interescolar o intramuros patrocinado por la escuela, cada estudiante cuyo examen físico se completó más de 90 días antes del primer día de práctica oficial deberá proporcionar un cuestionario de actualización del historial médico completado y firmado por el padre o tutor del estudiante.

Estudiante: _____ Edad: _____ Grado: _____

Fecha del último examen físico: _____ Deporte: _____

Desde el último examen físico previo a la participación, ¿su hijo / a:

1. ¿Se le ha recomendado médicamente que no participe en un deporte? SI No

En caso afirmativo, describa en detalle:

2. ¿Ha sufrido una conmoción cerebral, ha estado inconsciente o ha perdido la memoria por un golpe en la cabeza?

SI No

En caso afirmativo, explique en detalle:

3. ¿Se ha roto un hueso o se ha torcido / dislocado algún músculo o articulación?

SI No

En caso afirmativo, describa en detalle:

4. ¿Desmayado? SI No
- ¿En caso afirmativo, fue durante o inmediatamente después del ejercicio?

5. ¿Dolor en el pecho, dificultad respiratoria o "corazón acelerado?" SI No

En caso afirmativo, describa:

6. ¿Ha habido antecedentes recientes de fatiga y cansancio inusual? SI No

7. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido que ir a urgencias? SI No

Si es sí, explíquelo en detalle:

8. Desde el último examen físico, ¿ha habido una muerte súbita en la familia o algún miembro de la familia menor de 50 años ha tenido un ataque cardíaco o "problemas cardíacos"? SI No

9. ¿Comenzó o dejó de tomar algún medicamento recetado o de venta libre? SI No

10. ¿Le han diagnosticado Coronavirus (COVID-19)? SI No

Si se le diagnosticó Coronavirus (COVID-19), ¿su hijo/a tuvo síntomas? SI No

Si le diagnosticaron Coronavirus (COVID-19), ¿fue hospitalizado su hijo/a? SI No

Fecha: _____ Firma del padre / tutor: _____

Devuelva el formulario completo a la enfermería de la escuela.