ESCUELA SECUNDARIA CEDAR CLIFF

John Kosydar – Director de deportes Correo electrónico jkosydar@wssd.k12.pa.us **Twitter @CedarCliff_AD**

1301 Carlisle Road
Camp Hill, PA 17011-6199

Teléfono 717-737-8654
Fax 717-737-0874

ESCUELA SECUNDARIA RED LAND

Tom Peifer – Director de deportes
Correo electrónico tpeifer@wssd.k12.pa.us
Twitter @RedLand_AD

560 Fishing Creek Road
Lewisberry, PA 17339-9510

Teléfono 717-938-6561
Fax 717-932-0886

2024-2025

PAQUETE DE RECERTIFICACIÓN DE EXAMEN FÍSICO

Estimado/a padre/madre o tutor(a):

Cuota de la actividad

Su hijo/a ha expresado interés en participar en un programa atlético en la escuela preparatoria Cedar Cliff High School o la Red Land High School. Son programas para aquellos alumnos que desean un nivel de competición superior al que se ofrece en el programa de educación física. Se requiere una cuota de actividad para participar en atletismo y actividades estudiantiles.

Todas las cuotas de actividad se han ajustado para absorber las cuotas de conveniencia adicionales que pueden cobrarse por pagar en línea. La tabla enumera las tarifas pagadas por deporte. También puede hacer clic en el enlace proporcionado para ver las tarifas Formularios de Cuotas de actividades. La cuota se calculará por deporte y actividad. Hay un tope para estudiantes de 190,00 dólares y otro para familias de 380,00 dólares. Las cuotas **deberán abonarse** y presentarse en un plazo mínimo de una (1) semana a partir del inicio de los entrenamientos de la temporada del atleta. Consulte a continuación las formas de pago de la Cuota de Actividad de su estudiante.

1. Pagar en línea

Las familias que deseen pagar las cuotas de las actividades estudiantiles en línea deben crear una cuenta LINQ Connect para hacerlo (si aún no lo han hecho). Para empezar a utilizar LINQ, siga este enlace: https://linqconnect.com (este sistema de pago también se utiliza para el programa de almuerzos escolares).

Las instrucciones paso a paso figuran en el sitio web del Distrito Escolar de West Shore, en este enlace: https://www.wssd.k12.pa.us/ActivityFee.aspx.

2. Pagar con cheque o giro postal

Las familias que prefieran **no utilizar** el sistema en línea pueden presentar un cheque o giro postal a nombre del Distrito Escolar de West Shore de la siguiente manera:

West Shore School District
Atención Athletic/Student Activity Fee
507 Fishing Creek Road
PO Box 803
New Cumberland, PA 17070

3. Pagar en efectivo
Las familias que prefieran pagar en efectivo pueden entregarlo en la oficina de atletismo del instituto o en el edificio de administración del distrito.

4. Opción de Exención
Las familias que deseen solicitar una Exención de Cuota de Actividad pueden encontrar el Formulario de Exención de Cuota de Actividad en este enlace: Formulario de Exención de Cuota de Actividad o pueden obtener uno en la oficina de deportes de la escuela preparatoria.

D I S T R I T O E S C O L A R S H O R E

Cuotas de Actividades • 2023-2024

Deportes del Otoño

Grupo A - $45.00	Grupo B- $95.00
Carreras de Campo a Través (Cross Country)	Banda de Marcha/Guardia
Carreras de Campo a Través para Juniors	Cheerleading (Animación/Porrismo)
Hockey de Campo para Juniors	Hockey de Campo
Football americano para Freshman	Football
Golf	Futbol o Soccer (chicos & chicas)
Tenis (chicas)	Voleibol (chicas)

Deportes de Invierno

Grupo A - $45.00	Grupo B - $95.00
Basquetbol para Freshman (Chicos & Chicas)	Basquetbol (Chicos & Chicas)
Basquetbol para Junior High (Chicos & Chicas)	Natación/Salto/Clavado
Lucha libre para Freshman	Lucha libre
Banda Guardia Interior (Indoor Guard)	

Deportes de Primavera

Grupo A - $45.00	Grupo B - $95.00
Tenis (chicos)	Beisbol
Futbol/soccer de Junior High (Chicos & Chicas)	Lacrosse (Chicos & Chicas)
Pista (Track) para Junior High (Chicos & Chicas)	Softbol
Voleibol para Junior High (Chicas)	Pista (Track) (Chicos & Chicas)
	Voleibol (Chicos)

Límite de Pago para Estudiante- $190.00 **Limite de Pago para Familias - $380.00**

LA CUOTA DE ACTIVIDAD ES APLICADA A CADA ACTIVIDAD DURANTE EL AÑO

La temporada de deportiva de primavera comienza el lunes 3 de marzo de 2025. Los entrenadores individuales informarán a sus jugadores a qué hora y lugar para recoger cualquier equipo requerido. Los entrenadores individuales informarán a los atletas dónde practicarán es y cuando empieza.

TODOS LOS DOCUMENTOS DE RECERTIFICACIÓN DEBEN DEBERSE A CEDAR CLIFF Y RED LAND HIGH SCHOOL UNA (1) SEMANA ANTES COMIENZA LA PRÁCTICA OFICIAL DE LA PIAA DE LA TEMPORADA. CUALQUIER DOCUMENTO ENTREGADO DESPUÉS ESTA FECHA RESULTARÁ EN LA FALTA DEL ESTUDIANTE COMO MÍNIMO EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICA/PRUEBAS.

Sports Offered at Cedar Cliff High School
(SPRING)

Spring Sports:

Baseball	Head Coach	Justin Secrest	(Grades 9-12)	jsecrest07@comcast.net
Softball	Head Coach	Lindsay Aucher	(Grades 9-12)	lsowe365@gmail.com
Boys Tennis	Head Coach	Joseph Diminick	(Grades 9-12)	jdiminick@wssd.k12.pa.us
Boys Track and Field	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Girls Track and Field	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Boys Lacrosse	Head Coach	Nate Nale	(Grades 9-12)	nateness47@gmail.com
Girls Lacrosse	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Boys Volleyball	Head Coach	Matthew Uibel	(Grades 9-12)	muibel@wssd.k12.pa.us

Junior High/Freshman Spring Sports:

Boys Soccer (Junior High)	Head Coach	Jake Nilphai	(Grades 7-8)	jakenilphai@gmail.com
Girls Soccer (Junior High)	Head Coach	Sandra Stoner	(Grades 7-8)	sstoner@wssd.k12.pa.us
Boys/Girls Track (Junior High)	Head Coach	Patrick Tierney	(Grades 7-8)	ptierney@wssd.k12.pa.us
Girls Volleyball (Junior High)	Head Coach	Molly DelCollo	(Grades 7-8)	mdelcollo@wssd.k12.pa.us

Athletic Trainer:

Athletic Trainer	Head Trainer	Jessica Levendusky	jlevendusky@wssd.k12.pa.us
Athletic Trainer	Asst. Trainer	TBD	

*****Todos los documentos físicos deben entregarse al entrenador atlético un mínimo de una (1) semana antes de la fecha oficial. Comienza la práctica de PIAA para la temporada.**

La temporada de deportiva de primavera comienza el lunes 3 de marzo de 2025. Los entrenadores individuales informarán a sus jugadores a qué hora y lugar para recoger cualquier equipo requerido. Los entrenadores individuales informarán a los atletas dónde practicarán es y cuando empieza.

TODOS LOS DOCUMENTOS DE RECERTIFICACIÓN DEBEN DEBERSE A CEDAR CLIFF Y RED LAND HIGH SCHOOL UNA (1) SEMANA ANTES COMIENZA LA PRÁCTICA OFICIAL DE LA PIAA DE LA TEMPORADA. CUALQUIER DOCUMENTO ENTREGADO DESPUÉS ESTA FECHA RESULTARÁ EN LA FALTA DEL ESTUDIANTE COMO MÍNIMO EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICA/PRUEBAS.

Sports Offered at Red Land High School
(SPRING)

Spring Sports:

Baseball	Head Coach	Nate Ebbert	(Grades 9-12)	nebbert@wssd.k12.pa.us
Softball	Head Coach	Madelyn Yannetti	(Grades 9-12)	myannetti@wssd.k12.pa.us
Boys Tennis	Head Coach	Randy Bixler	(Grades 9-12)	bbixler@wssd.k12.pa.us
Boys Track and Field	Head Coach	Larry Kell	(Grades 9-12)	lkell@wssd.k12.pa.us
Girls Track and Field	Head Coach	Tyson Rohrs	(Grades 9-12)	trohrs@wssd.k12.pa.us
Boys Lacrosse	Head Coach	Dave Heisey	(Grades 9-12)	coachheiso@gmail.com
Girls Lacrosse	Head Coach	Amber Updegraff	(Grades 9-12)	amber.m.updegraff@gmail.com
Boys Volleyball	Head Coach	John Kulick	(Grades 9-12)	john.kuick@temple.edu

Junior High/Freshman Sports

Boys Soccer (Junior High)	Head Coach	Jared Miller	(Grades 7-8)	jamiller@wssd.k12.pa.us
Girls Soccer (Junior High)	Head Coach	Jamie Miller	(Grades 7-8)	jmiller@wssd.k12.pa.us
Boys/Girls Track (Junior High)	Head Coach	TBD	(Grades 7-8)	
Girls Volleyball (Junior High)	Head Coach	Katilyn Winebrenner	(Grades 7-8)	kwinebrenner@wssd.k12.pa.us

Athletic Trainer

Athletic Trainer	Head Trainer	Lynn Brumbach	lbrumbach@wssd.k12.pa.us
Athletic Trainer	Asst. Trainer	Nikki Singiser	nsingiser@wssd.k12.pa.us

*****Todos los documentos físicos deben entregarse al entrenador atlético un mínimo de una (1) semana antes de la fecha oficial. Comienza la práctica de PIAA para la temporada.**

DISTRITO ESCOLAR WEST SHORE
ESCUELA SECUNDARIA Y MEDIA

Lista de verificación de recertificación

Envíe la lista de verificación con los materiales del paquete completos. Por favor, imprima la información.

Nombre del estudiante: _____

Colegio: _____

Deporte: _____

Siga la lista de verificación según los criterios que se enumeran a continuación.

Paquete de recertificación

(Para aquellos que ya han competido en un deporte escolar durante el año escolar actual o que han entregado previamente un Paquete físico completo (Integral).

☐ Paquete completo de recertificación de PIAA

☐ Sección 7 - Recertificación por parte del padre / tutor (Preguntas del Historial de Salud Complementario)

- **Si** responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas complementarias sobre el historial médico en la Sección 7, también se requiere la Sección 8.

☐ Sección 8 - Recertificación por un **médico licenciado en medicina o medicina**

☐ **osteopática** Formulario de autorización/seguro médico

☐ **Envíe el paquete completo al entrenador atlético de la escuela secundaria**

☐ Enviar pago de tarifa de actividad
(vence antes de la primera fecha de competencia para su actividad).

☐ **SÓLO PARA ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN EN CASA, ESCUELAS CIBERNÉTICAS Y ESCUELAS SUBVENCIONADAS**
Envíe el formulario de intención de participar
Disponible en el sitio web del Distrito www.wssd.k12.pa.us en las páginas web del Departamento de Atletismo de las escuelas secundarias Cedar Cliff y Red Land

SECCIÓN 7: RECERTIFICACIÓN POR PARTE DE LOS PADRES/TUTORES

Este formulario debe ser completado no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del deporte(s) en la temporada(s) deportiva identificada en este documento por el padre / tutor de cualquier estudiante que esté tratando de participar en las prácticas, prácticas interescolares, partidos amistosos, y / o competencias en todas las temporadas deportivas posteriores en el mismo año escolar. El Director, o la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante aquí nombrado/a debe revisar el HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO.

Si alguna de las preguntas del HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO está marcada con un sí o con un círculo, el/la estudiante aquí mencionado/a deberá presentar una Sección 8 completada, Re-Certificación por un Médico acreditado en Medicina u Osteopatía, al Director, o a la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante.

HISTORIAL MÉDICO COMPLEMENTARIO

Nombre del alumno/a _____ Masculino/Femenino (marque uno)

Fecha de nacimiento del/de la estudiante: _____/_____/_____ Edad del/de la estudiante en su último cumpleaños: _____ Grado para el año escolar actual: _____ Deporte(s) de invierno _____

Deporte(s) de primavera: _____

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN PERSONAL (En los espacios siguientes, identifique cualquier cambio en la Información Personal establecida en la Sección 1 original: Información Personal y de Emergencia):

Domicilio actual _____

Teléfono actual # ( )_____ Teléfono celular actual del padre/tutor # ( )_____

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (En los espacios siguientes, identifique cualquier cambio en la Información de Emergencia establecida en la Sección 1 original: Información Personal y de Emergencia):

Nombre del padre/madre/tutor(a)_____ Relación _____

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor(a)_____

Dirección _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia # ( )_____

Nombre de la segunda persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia # ( )_____

Aseguradora médica _____ Número de póliza _____

Dirección _____ Teléfono # ( )_____

Nombre del médico familiar_____, Médico (MD) u Osteópata (DO) (marque uno)

Dirección _____ Teléfono # ( )_____

Si alguna de las preguntas del HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO que aparecen a continuación está marcada con un sí o con un círculo, el estudiante aquí mencionado deberá presentar una Sección 8 completa, Re-Certificación por un Médico acreditado en Medicina u Osteopatía, al Director, o a la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante.
Explique las respuestas afirmativas al final de este formulario.
Encierre en un círculo las preguntas para las que no conozca la respuesta.

	Sí	No
1. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha padecido alguna enfermedad grave y/o lesión grave que haya requerido tratamiento médico por parte de un médico acreditado en medicina u osteopatía?	❑	❑
Nota adicional al punto N. º 1: si se ha marcado "Sí" a una enfermedad grave o a una lesión grave, brinde información adicional a continuación		
2. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha sufrido una conmoción cerebral (es decir, pérdida de la conciencia, ver estrellas o escuchar un pitido en la cabeza, mareo o vértigo súbitos) o un traumatismo craneoencefálico?	❑	❑
3. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha experimentado mareos, desmayos y/o pérdida de conocimiento?	❑	❑
4. Desde la realización de la evaluación CIPPE, ¿ha experimentado algún episodio inexplicable de falta de aire, sibilancia y/o dolor torácico?	❑	❑
5. Desde la realización de la CIPPE, ¿está tomando NUEVOS medicamentos o pastillas con receta?	❑	❑
6. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría comentar con un médico?	❑	❑

#	Explique las respuestas afirmativas; incluya la lesión, el tipo de tratamiento y el nombre del profesional médico que le atendió

Por la presente certifico que, según mi saber y entender, toda la información aquí contenida es veraz y completa.

Firma del/de la estudiante _____Fecha____/____/_____

Por la presente certifico que, según mi saber y entender, toda la información aquí contenida es veraz y completa.
Firma del padre/madre/tutor(a) _____Fecha____/____/_____

Sección 8: Recertificación por parte de un médico acreditado en medicina o medicina osteopática

Este Formulario debe ser completado por cualquier estudiante que, después de completar las Secciones 1 a 5 de este Formulario CIPPE, haya requerido tratamiento médico de un médico acreditado en medicina u osteopatía. Esta Sección 8 podrá completarse en cualquier momento tras la realización de dicho tratamiento médico. Una vez completado, el formulario debe ser entregado al Director, o a la persona designada por el Director, de la escuela del/de la estudiante. De acuerdo con el ARTÍCULO X, GESTIÓN Y CONTROL LOCAL, Sección 2, Poderes y Deberes del Director, subsección C, de la Constitución de la PIAA, deberá "excluir a cualquier participante que haya sufrido una enfermedad o lesión grave hasta que el médico acreditado en medicina u osteopatía de la escuela, o en su defecto, otro médico acreditado en medicina u osteopatía declare que el/la concursante está físicamente apto/a."

NOTA: el médico que cumplimente este formulario debe revisar primero las secciones 5 y 6 del formulario CIPPE del alumno/a previamente cumplimentado. La Sección 7 también debe ser revisada si (1) este Formulario está siendo utilizado por el/la estudiante mencionado/a en este documento para participar en Prácticas, Prácticas Intercolegiales, Partidos Amistosos, y/o Competencias en una temporada deportiva subsiguiente en el mismo año escolar Y (2) el/la estudiante mencionado/a en este documento marcó sí o rodeó con un círculo cualquier pregunta del Historial de Salud Complementario en la Sección 7.

Si el médico que llena este formulario da el alta al/a la estudiante mencionado/a en el mismo después de que este/a haya sufrido una conmoción cerebral o una lesión cerebral traumática, dicho médico debe estar suficientemente familiarizado con el tratamiento actual de las conmociones cerebrales como para poder certificar que todos los aspectos de la evaluación, el tratamiento y el riesgo de dicha lesión han sido tratados exhaustivamente por dicho médico.

Nombre del/de la estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Inscrito/a en _____

Afección(es) tratada(s) desde la cumplimentación del formulario CIPPE del/de la estudiante aquí mencionado/a:

_____

_____

_____

A. AUTORIZACIÓN GENERAL: en ausencia de cualquier enfermedad y/o lesión, que requiera tratamiento médico, con posterioridad a la fecha indicada a continuación, por la presente autorizo al/a la estudiante identificado/a arriba a participar durante el resto del año escolar actual en actividades atléticas interescolares adicionales sin restricciones, excepto aquellas, si las hubiera, establecidas en la Sección 6 del Formulario CIPPE de dicho/a estudiante.

Nombre del médico (letra de imprenta)_____Cédula N. º_____

Dirección_____ Teléfono ( )_____

Firma del médico _____MD o DO *(marque uno)* Fecha_____

B. AUTORIZACIÓN LIMITADA: en ausencia de enfermedad y/o lesión que requiera tratamiento médico, con posterioridad a la fecha establecida a continuación, por la presente autorizo al/a la estudiante identificado/a arriba a participar durante el resto del año escolar actual en actividades deportivas interescolares adicionales con, además de las restricciones, si las hubiera, establecidas en la Sección 6 del Formulario CIPPE de dicho/a estudiante, las siguientes limitaciones/restricciones:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Nombre del médico (letra de imprenta)_____Cédula N. º_____

Dirección_____ Teléfono ( )_____

Firma del médico _____MD o DO *(marque uno)* Fecha_____

DISTRITO ESCOLAR WEST SHORE

Forma de Seguro/Autorización Médica

Por favor imprima: *A ser completado y firmado por el padre/guardián del estudiante*

Escuela_____Año Escolar_____Grado Actual _____

Nombre del estudiante_____Fecha de nacimiento_____

Dirección del estudiante _____

Nombre del Padre/Guardián _____

Dirección (si difiere de la del estudiante)_____

Teléfono del Padre/Guardian 1. (_____)_____ 3. (_____) _____

Liste en orden de preferencia para llamar. 2. (_____)_____ 4. (_____) _____

Persona a contactar en una emergencia si no se puede contactar al padre o guardián:

Nombre de Contacto_____Teléfono # (_____)_____

Médico de Familia _____Teléfono # (_____) _____

Seguro Médico

Nombre de la Compañía _____Política # _____

Nombre de la Compañía de Empleo _____

Dirección de la Compañía _____

Récord Médico

Complete todas las líneas aun si necesita poner "Ninguno" o "No es aplicable"

Alergias a la medicación _____

Otras alergias _____

Enfermedades graves _____

Medicaciones actuales _____

Otros problemas de salud _____

Fecha de la última vacuna del tétano _____

Consentimiento Paterno/Materno

Por medio de la presente doy el consentimiento para que mi hijo (a) _____ participe en _____ y declare que tenemos seguro médico escolar o seguro de familia para cubrir cualquier accidente, y en consideración a la participación de mi hijo (a) en dicha actividad. Por la presente eximo de toda responsabilidad u obligación al Distrito Escolar West Shore, sus directores, agentes, y empleados en caso de cualquier perdida o herida/lesión a su persona o propiedad.

Firma del padre/guardián_____Fecha _____

Doy consentimiento para que un médico calificado ejecute cualquier procedimiento médico o quirúrgico que el considere aconsejable para el bienestar del aplicante mientras el/ella este participando en eventos supervisados por la escuela. Además, esta autorización permite que dicho medico pueda hospitalizar, asegurar las consultas apropiadas, ordene inyecciones, anestesia (local, general, o ambas) o cirugía para este aplicante. El abajo suscrito por la presente asume y esta de acuerdo en pagar cualquier deuda o cuota de medico o cirujano y costos de hospitalización por tales servicios.

Firma del Padre/Guardian_____Fecha _____

Relación al Estudiante _____