

# ESCUELA SECUNDARIA CEDAR CLIFF

John Kosydar – Director de deportes  
Correo electrónico [jkosydar@wssd.k12.pa.us](mailto: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](mailto:tpeifer@wssd.k12.pa.us)  
Twitter @RedLand\_AD

560 Fishing Creek Road  
Lewisberry, PA 17339-9510

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

---

2021-2022

Estimados padres o tutor:

Su hijo(a) ha expresado su interés en participar en un programa de deportes en las escuelas secundarias Cedar Cliff y Red Land. Estos programas son para aquellos estudiantes que desean un nivel de competencia más allá del que se proporciona en el programa de educación física. Para participar en deportes y actividades estudiantiles, se requiere una cuota de actividad. Para este año escolar nuevamente utilizaremos el centro de pagos en línea [K12PaymentCenter](#) para el cobro de las cuotas de actividades deportivas/estudiantiles. Este sistema de pago también se utiliza para el programa de almuerzo escolar. Todas las cuotas de actividades se han ajustado para absorber las tarifas de conveniencia adicionales que se puedan generar al pagar en línea. Haga clic en el enlace que se suministra para obtener las tarifas actualizadas. [Formularios de cuota de actividades](#). La cuota se evaluará por deporte y actividad. Hay un límite para estudiante de \$190.00 dólares y un límite familiar de \$380.00 dólares. Debe **realizar y enviar el pago** de las cuotas en un plazo mínimo de una (1) semana desde el inicio de los entrenamientos de la temporada del deportista.

## Pago en línea

- Las familias que tienen cuenta en [K12PaymentCenter](#) verán una cuota de actividad para el deporte de su hijo(a). Simplemente añada la cuota a su carrito para procesarla.
- Las familias que **no tienen** cuenta en [K12PaymentCenter](#) deberán crear una cuenta. Después de iniciar sesión, verán una cuota de actividad para el deporte de su hijo(a). Simplemente añada la cuota a su carrito para procesarla.
  - Tenga en cuenta que necesitará un correo electrónico válido y el número de estudiante para crear una cuenta nueva. *Los números de estudiante se pueden encontrar en línea en [PowerSchool](#) (el número no está disponible en la aplicación para el teléfono). El número de identificación del estudiante de diez dígitos aparece inmediatamente después del segundo nombre del estudiante en la parte superior de la pantalla.*

## Prefiere pagar con cheque

- Los padres que prefieran **no utilizar** el K12PaymentCenter, deben enviar un cheque a nombre del Distrito escolar de West Shore de la siguiente manera:

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

## Opción de exención

- Las familias que deseen solicitar la exención de la cuota de actividad deben contactar al departamento de deportes de su escuela secundaria.  
Pueden encontrar los formularios para la exención de la cuota de actividad en el siguiente enlace: [Formulario para la exención de la cuota de actividades](#)  
El director de deportes de la escuela secundaria procesará las exenciones de la cuota de actividad.

Si tiene alguna pregunta, por favor envíe un correo electrónico a Kim McDermitt a [kmcdermitt@wssd.k12.pa.us](mailto:kmcdermitt@wssd.k12.pa.us)

\*[K12PaymentCenter](#) utiliza una tarifa de conveniencia variable que se basa en el monto del pago. Para pagos de hasta \$95 dólares, la tarifa de conveniencia se mantendrá en \$1.95 dólares. Para pagos mayores a \$95 dólares, la tarifa de conveniencia será del 3.99%. Además, tiene la opción de utilizar cheques electrónicos, que ofrecerán una tarifa de conveniencia de US \$0.95 sin importar el monto que pague. *Tenga en cuenta que el Distrito escolar de West Shore no recibe ninguna de las tarifas de conveniencia*

paquete de recert

La temporada de deportes de primavera comienza el lunes 7 de marzo de 2022. Los entrenadores individuales informarán a sus jugadores a qué hora y lugar deben recoger el equipo necesario. Los entrenadores individuales les informarán a los atletas dónde es la práctica y cuándo comienza.

**TODO EL PAPELEO DE RECERTIFICACION SE DEBE ENTREGAR A LA ESCUELA SECUNDARIA CEDAR CLIFF Y RED LAND UNA (1) SEMANA ANTES DE QUE COMIENZE LA PRACTICA OFICIAL DE LA PIAA PARA LA TEMPORADA. CUALQUIER DOCUMENTO ENTREGADO DESPUÉS DE ESTA FECHA RESULTARÁ EN QUE EL ESTUDIANTE FALTE COMO MÍNIMO EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICAS / PRUEBAS.**

### Spring Sports Offered at Cedar Cliff High School

#### Spring Sports:

Baseball	Head Coach	Justin Secrest	(Grades 9-12)	<a href="mailto:jsecrest07@comcast.net">jsecrest07@comcast.net</a>
Softball	Head Coach	Stephen McCoy	(Grades 9-12)	<a href="mailto:stephen_mccoy@verizon.net">stephen_mccoy@verizon.net</a>
Boys Tennis	Head Coach	Joseph Diminick	(Grades 9-12)	<a href="mailto:jdiminick@wssd.k12.pa.us">jdiminick@wssd.k12.pa.us</a>
Boys Track and Field	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Girls Track and Field	Head Coach	Brian Osborne	(Grades 9-12)	<a href="mailto:brian.osborne11@gmail.com">brian.osborne11@gmail.com</a>
Boys Lacrosse	Head Coach	Bailey Premo	(Grades 9-12)	<a href="mailto:bailey.premo@gmail.com">bailey.premo@gmail.com</a>
Girls Lacrosse	Head Coach	TBD	(Grades 9-12)	
Boys Volleyball	Head Coach	Matthew Uibel	(Grades 9-12)	<a href="mailto:muibel@wssd.k12.pa.us">muibel@wssd.k12.pa.us</a>

#### Junior High/Freshman Spring Sports:

Boys Soccer (Junior High)	Head Coach	Nicholas Hammaker	(Grades 7-9)	<a href="mailto:nhamm0680@gmail.com">nhamm0680@gmail.com</a>
Girls Soccer (Junior High)	Head Coach	TBD	(Grades 7-9)	
Boys/Girls Track (Junior High)	Head Coach	Patrick Tierney	(Grades 7-9)	<a href="mailto:ptierney@wssd.k12.pa.us">ptierney@wssd.k12.pa.us</a>
Girls Volleyball (Junior High)	Head Coach	Jennifer Schreiner	(Grades 7-9)	<a href="mailto:jschreiner@wssd.k12.pa.us">jschreiner@wssd.k12.pa.us</a>

#### Athletic Trainer:

Athletic Trainer	Head Trainer	Jessica Levendusky		<a href="mailto:jlevendusky@wssd.k12.pa.us">jlevendusky@wssd.k12.pa.us</a>
Athletic Trainer	Asst. Trainer	TBD		

### Spring Sports Offered at Red Land High School

#### Spring Sports:

Baseball	Head Coach	Nate Ebbert	(Grades 9-12)	<a href="mailto:nebbert@wssd.k12.pa.us">nebbert@wssd.k12.pa.us</a>
Softball	Head Coach	Madelyn Yannetti	(Grades 9-12)	<a href="mailto:myannetti@wssd.k12.pa.us">myannetti@wssd.k12.pa.us</a>
Boys Tennis	Head Coach	Randy Bixler	(Grades 9-12)	<a href="mailto:bbixler@wssd.k12.pa.us">bbixler@wssd.k12.pa.us</a>
Boys Track and Field	Head Coach	Larry Kell	(Grades 7-12)	<a href="mailto:lkell@wssd.k12.pa.us">lkell@wssd.k12.pa.us</a>
Girls Track and Field	Head Coach	Kristina Marshall	(Grades 7-12)	<a href="mailto:kjmarsh1126@gmail.com">kjmarsh1126@gmail.com</a>
Boys Lacrosse	Head Coach	Taylor Perkins	(Grades 9-12)	<a href="mailto:taylorgordonperkins@gmail.com">taylorgordonperkins@gmail.com</a>
Girls Lacrosse	Head Coach	Jessica Stetler	(Grades 9-12)	<a href="mailto:stetty29@yahoo.com">stetty29@yahoo.com</a>
Boys Volleyball	Head Coach	Chris Williamson	(Grades 9-12)	<a href="mailto:coachchriswilliamson@gmail.com">coachchriswilliamson@gmail.com</a>

#### Junior High/Freshman Sports

Boys Soccer (Junior High)	Head Coach	Jamie Nagy	(Grades 7-9)	<a href="mailto:raidernagy@yahoo.com">raidernagy@yahoo.com</a>
Girls Soccer (Junior High)	Head Coach	Jamie Miller	(Grades 7-9)	<a href="mailto:jmiller@wssd.k12.pa.us">jmiller@wssd.k12.pa.us</a>
Boys/Girls Track (Junior High)	Head Coach	Erik Potter	(Grades 7-9)	<a href="mailto:epotter@wssd.k12.pa.us">epotter@wssd.k12.pa.us</a>
Girls Volleyball (Junior High)	Head Coach	Nicole Wishard	(Grades 7-9)	<a href="mailto:nwishard@outlook.com">nwishard@outlook.com</a>

#### Athletic Trainer

Athletic Trainer	Head Trainer	Lynn Brumbach		<a href="mailto:lbrumbach@wssd.k12.pa.us">lbrumbach@wssd.k12.pa.us</a>
Athletic Trainer	Asst. Trainer (Trainer B)	Trevor Loyd		<a href="mailto:tloyd@wssd.k12.pa.us">tloyd@wssd.k12.pa.us</a>

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 8 - Recertificación por parte del padre / tutor (Preguntas del Historial de Salud Complementario)
    - Si responde **SI** a cualquiera de las preguntas complementarias sobre el historial médico en la Sección 8, también se requiere la Sección 9.
  - Sección 9 - 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](http://www.wssd.k12.pa.us) en las páginas web del Departamento de Atletismo de las escuelas secundarias Cedar Cliff y Red Land

## SECCIÓN 8: RE-CERTIFICACIÓN POR EL PADRE /

Este formulario debe completarse no antes de seis semanas antes del primer día de práctica del deporte (s) en las temporadas deportivas identificadas en este documento por el padre / tutor de cualquier estudiante que desee participar en Prácticas, Prácticas entre escuelas, Contiendas y / o Concursos en todas las temporadas deportivas subsiguientes en el mismo año escolar. El director, o la persona designada por el director, de la escuela del estudiante aquí nombrada debe revisar el HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO.

Si alguna pregunta del HISTORIAL DE SALUD COMPLEMENTARIO está marcada como sí o encerrada en un círculo, el estudiante aquí mencionado deberá presentar una Sección 9 completa, Recertificación por un Médico Licenciado en Medicina o Medicina Osteopática, al Director o la persona designada por el Director de la escuela del estudiante.

### HISTORIAL DE SALUD

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Masculino / Femenino (circule uno)

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad del estudiante en el último cumpleaños: \_\_\_\_\_ Grado para el año escolar actual: \_\_\_\_\_

Deporte(s) de invierno: \_\_\_\_\_ Deporte(s) de primavera: \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACIÓN PERSONAL (En los espacios a continuación, identificar cualquier cambio en la información personal establecidos en la Sección 1 original: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA):**

Dirección actual del hogar \_\_\_\_\_

Teléfono actual del hogar # ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular actual del padre / tutor # ( ) \_\_\_\_\_

**CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (En los espacios a continuación, identificar cualquier cambio en la información de emergencia expuesta en la Sección 1 original: INFORMACIÓN PERSONAL Y DE EMERGENCIA):**

Nombre del padre / tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto de emergencia # ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona de contacto de emergencia secundaria \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto de emergencia # ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de seguros médicos \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del médico de familia \_\_\_\_\_ , DM o MO (circule uno)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # ( ) \_\_\_\_\_

Si alguna de las preguntas de HISTORIA DE SALUD SUPLEMENTARIA a continuación se marcó sí o se marcó con un círculo, el estudiante aquí mencionado deberá presentar una Sección 9 completa, Recertificación por un Médico Licenciado en Medicina o Medicina Osteopática, al Director, o la persona designada por el Director, de la escuela del estudiante.

**Explique las respuestas "Sí" al pie de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas cuya respuesta no sepa.**

- |   | Sí                       | No                       |  | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Desde la finalización del CIPPE, ¿ha sufrido una enfermedad grave y / o lesión grave que requirió tratamiento médico por parte de un médico con licencia en medicina o medicina osteopática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Desde la finalización del CIPPE, ¿ha experimentado mareos, desmayos y / o pérdida del conocimiento?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Una nota adicional al artículo # 1. Si una enfermedad grave o una lesión grave se marcó como "Sí", proporcione información adicional a continuación   |                          |                          | 4. Desde la finalización del CIPPE, ¿ha experimentado algún episodio de dificultad para respirar, silbido y / o dolor en el pecho inexplicables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desde la finalización del CIPPE, ¿ha tenido alguna conmoción cerebral (por ejemplo, un toque de campana, un ding, fiebre de la cabeza) o una lesión cerebral traumática?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Desde la finalización del CIPPE, ¿está tomando medicamentos NUEVOS recetados o pastillas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 6. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con un médico?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#s	Explique las respuestas afirmativas; Incluya la lesión, el tipo de tratamiento y el nombre del profesional médico al que asistió el estudiante

**Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.**

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en este documento es verdadera y completa.**

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Section 9: Re-CERTIFICATION BY LICENSED PHYSICIAN OF MEDICINE OR OSTEOPATHIC MEDICINE**

This Form must be completed for any student who, subsequent to completion of Sections 1 through 6 of this CIPPE Form, required medical treatment from a licensed physician of medicine or osteopathic medicine. This Section 9 may be completed at any time following completion of such medical treatment. Upon completion, the Form must be turned in to the Principal, or the Principal's designee, of the student's school, who, pursuant to ARTICLE X, LOCAL MANAGEMENT AND CONTROL, Section 2, Powers and Duties of Principal, subsection C, of the PIAA Constitution, shall "exclude any contestant who has suffered serious illness or injury until that contestant is pronounced physically fit by the school's licensed physician of medicine or osteopathic medicine, or if none is employed, by another licensed physician of medicine or osteopathic medicine."

**NOTE: The physician completing this Form must first review Sections 6 and 7 of the herein named student's previously completed CIPPE Form. Section 8 must also be reviewed if both (1) this Form is being used by the herein named student to participate in Practices, Inter-School Practices, Scrimmages, and/or Contests in a subsequent sport season in the same school year AND (2) the herein named student either checked yes or circled any Supplemental Health History questions in Section 8.**

**If the physician completing this Form is clearing the herein named student subsequent to that student sustaining a concussion or traumatic brain injury, that physician must be sufficiently familiar with current concussion management such that the physician can certify that all aspects of evaluation, treatment, and risk of that injury have been thoroughly covered by that physician.**

Student's Name: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Enrolled in \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Condition(s) Treated Since Completion of the Herein Named Student's CIPPE Form: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A. GENERAL CLEARANCE:** Absent any illness and/or injury, which requires medical treatment, subsequent to the date set forth below, I hereby authorize the above-identified student to participate for the remainder of the current school year in additional interscholastic athletics with no restrictions, except those, if any, set forth in Section 6 of that student's CIPPE Form.

Physician's Name (print/type) \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_

Physician's Signature \_\_\_\_\_ MD or DO (circle one) Date \_\_\_\_\_

**B. LIMITED CLEARANCE:** Absent any illness and/or injury, which requires medical treatment, subsequent to the date set forth below, I hereby authorize the above-identified student to participate for the remainder of the current school year in additional interscholastic athletics with, in addition to the restrictions, if any, set forth in Section 6 of that student's CIPPE Form, the following limitations/restrictions:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

Physician's Name (print/type) \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone ( ) \_\_\_\_\_

Physician's Signature \_\_\_\_\_ MD or DO (circle one) Date \_\_\_\_\_

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 pérdida 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 \_\_\_\_\_