

**ATHLETIC PARTICIPATION, WAIVER, INSURANCE, AND CONSENT FORM****Parent/Guardian(s) and Student signature required at bottom of form & initials required as indicated below***PLEASE PRINT**Student Name _____
(Last) (First) (Middle) (Grade Level 2026-27)Address _____
(Street) (City) (Zip)_____
(Parent Cell Phone #) (Parent Alternate Phone #) (Year Entered 9th Grade) (Date of Birth)**PARENT/GUARDIAN CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION****Parent/Guardian and Student must both initial in blanks before each **bold** section below*

Parent/Guardian

Student

ACKNOWLEDGEMENT OF RISK: I understand and acknowledge that participation in inter-scholastic sports teams/clubs and events is voluntary and by its very nature possesses an actual or potential risk of emotional and physical injury/illness, which may range in severity from minor to long term catastrophic injury, up to permanent paralysis or death. While it is not possible to eliminate this risk, Students have the responsibility to help reduce the chance of injury. Students must obey all safety rules, report all physical problems to their coaches or supervisors follow a proper conditioning program and inspect equipment daily. Parents/Guardians or Students who do not wish to accept this risk should not sign this form.

Parent/Guardian

Student

INSURANCE COVERAGE: I am aware there is no District insurance coverage for medical treatment of personal injuries or property damage which may arise out of Student's participation in inter-scholastic athletics, sports clubs, and events. I understand my student must have insurance coverage in order to participate.*Please CHECK one of the following statements regarding insurance coverage for Student for the current school year:*

____ Student is adequately and currently covered by accident insurance that will cover injuries sustained while participating in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs and events.

Insurance Company: _____ Company Phone Number: _____

Name of Insured: _____ Policy Number: _____

I wish to purchase the Benefit Plan provided by the Cobb County School System. (A copy of this Benefit Plan should be attached)

Parent/Guardian

Student

PHYSICAL EVALUATION AND MEDICAL TREATMENT: Per Georgia High School Association (GHSA) a **Pre-participation Physical Evaluation** must be performed by a physician (MD/DO), nurse practitioner or physician assistant to medically screen each student who participates in District athletic programs. I understand that this medical evaluation is general in nature and only performed for purpose of determining fitness for athletics. In case of an emergency or accident on/off school grounds during any school activity or athletic event, which in the opinion of school authorities requires immediate medical or surgical attention, I hereby grant permission to physicians, consulting physicians, certified athletic trainers, emergency medical technicians, and other healthcare providers selected by school authorities to provide medical care and treatment (including hospitalization if deemed appropriate) unless I am present and request otherwise or until I later request otherwise.

Parent/Guardian

Student

REVIEW OF ATHLETIC HANDBOOK (including Board Policy IDF-R Athletic Code of Conduct): I acknowledge that I have reviewed and consent to the guidelines of the Student/Parent Athletic Handbook, which can be found on the Athletics page of the Cobb County School District website (cobbk12.org), the local high school website, or by request of a hardcopy to the local high school. I understand that both Student and Parent/Guardian are subject to the rules outlined in this handbook and that violations may result in school discipline and consequences up to Student's loss of the privilege of athletic participation and/or loss of Parent(s)/Guardian(s)' privilege of attending athletic events. **I have read and understand the consequences of certain behavior(s) as outlined in the Code of Conduct.**

Parent/Guardian

Student

TRANSPORTATION AND TRAVEL: I acknowledge my understanding of the travel-related guidelines as outlined within the Student/Parent Athletic Handbook, including the responsibility of parent/guardian to arrange transportation when not District-provided. I consent for my student to participate in school-sponsored athletic trips.

Parent/Guardian

Student

WAIVER: I assume all liability and responsibility for any and all potential or real risks, injuries or even death which may result from Student’s participation in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs and events. I represent and warrant that I know of no mental or physical condition that would make it unsafe for Student to participate in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs, and events. I understand, acknowledge, and agree that the Cobb County School District (CCSD) shall not be liable for any injury/illness suffered by the student which arises out of and/or is associated with preparing for and/or participating in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs, and events.

I hereby release, discharge, indemnify, and agree to hold harmless the CCSD District, Members of the CCSD Board of Education, its past, present and future officers, attorneys, agents, employees, predecessors and successors in interest, and assigns, hereinafter “CCSD releasees”, from any and all liability arising out of or in connection with Student’s participation in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs and events. For purpose of this Release, liability means all claims, demands, losses, causes of action, suits, or judgments of any kind that Student or Student’s parents, guardians, heirs, executors, administrators, and assigns have or may have against the CCSD releasees because of Student’s personal, physical, or emotional injury, accident, illness or death, or because of any loss of or damage to property that occurs to Student or his or her property during Student’s participation in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs and events due to acts of passive or active negligence by CCSD releases other than actions involving fraud or actual malice.

By signing below, you acknowledge that you have carefully read this voluntary Waiver and understand the potential dangers incident to engaging in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs, and events, and are fully aware of the legal consequences of this agreement.

SIGNATURE:
By signing below, Parent/Guardian and Student hereby agree to/give consent for participation in inter-scholastic athletics, sports teams/clubs, and events for Cobb County School District of the below-indicated Student. You acknowledge that you have carefully reviewed and agree to all terms of athletic participation, including the voluntary waiver, verify that all information contained herein is accurate, and understand that any false information may result in Student’s ineligibility for athletic participation.

Signature(s) of Parent(s)/Guardian(s)	Printed Name of Parent(s)/Guardian(s)	Date
Signature of Student	Printed Name of Student	Date

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer: _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES

(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó “Sí”.

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.

2023 Este formulario ha sido modificado para uso de la GHSA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: _____ Date of birth: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

PHYSICIAN REMINDERS

- Consider additional questions on more-sensitive issues.
 - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
 - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
 - Do you feel safe at your home or residence?
 - Have you ever tried cigarettes, e-cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
 - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff, or dip?
 - Do you drink alcohol or use any other drugs?
 - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance-enhancing supplement?
 - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
 - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
- Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/____ L 20/____ Corrected: ☐ Y ☐ N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

☐ Medically eligible for certain sports

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: _____

Medications: _____

Other information: _____

Emergency contacts: _____

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Paro Cardíaco Repentino

Escuela: _____

1: Aprende las primeras señales de advertencia

Si usted o su hijo tuvieron uno a más de estos signos, consulte a su medico de atención primaria:

- Desmayo de repente sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a sonidos fuertes como timbres, despertadores o teléfonos que suenan
- Dolor torácico inusual o falta de aliento
- Miembros de la familia que tuvieron una muerte inexplicable o inesperada antes de los 50 años
- Miembros de familia a quienes se les ha diagnosticado una afección que puede causar la muerte inesperadamente, como la miocardiopatía hipertrofia o el síndrome de QT largo
- Una convulsión repentina y sin previo aviso, especialmente durante el ejercicio o en repuesta a ruidos fuertes como timbres, despertadores, o teléfonos que suenan

2. Aprende a reconocer un paro cardiaco repentino

Si ve que alguien colapsa, suponga que ha experimentado un paro cardíaco repentino y responda rápidamente. Esta víctima no responderá, jadeará, o no respirará normalmente, y puede tener algunas sacudidas (actividad de convulsiones). Envíe ayuda y comience la RCP. No puedes lastimarlos.

3. Aprende solo las manos RCP

La RCP efectiva salva vidas circulando sangre al cerebro y otros órganos vitals hasta que llega el equipo de rescate. Esta es una de las habilidades más importantes que puedes aprender para salvar a una vida y es más fácil que nunca.

- Llame al 911 (o pedir a los espectadores que llamen al 911 y obtenga un DEA)
- Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho. Arrodílese al lado de la victima, coloque las manos en la parte inferior del esternón, una encima de la otro, los codos rectos y bloqueados. Empuje hacia abajo 2 pulgadas, luego hacia arriba 2 pulgadas, a una velocidad de 100 veces/minutos, al ritmo de la canción "Stayin' Alive".
- Si hay un desfibrilador externo automático (DEA) disponible, ábralo y siga las indicaciones de voz. Lo guiará paso a paso a través del proceso y nunca sorprenderá a una victim que no necesita un shock.

Al firmar este formulario de paro cardíaco repentino , yo doy _____ permiso para transferir este formulario de paro cardíaco repentino a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros del paro cardíaco repentino y este formulario de paro cardíaco repentino firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2026-2027. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Nombre del Estudiante (Impreso) Nombre del Estudiante (Firmado) Fecha

Nombre del Padre (Impreso) Nombre del Padre (Firmado) Fecha

Asociación De La Escuela Secundaria De Georgia
Padres/Estudiantes Formulario de Concientización Sobre Conmociones Cerebrales

Escuela: _____

PELIGROS DE CONMOCIONES CEREBRALES

Conmociones Cerebrales en todos los niveles del deporte han recibido mucha atención y se ha aprobado una ley estatal para abordar este problema. Los atletas adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos de una conmoción cerebral. Una vez considerado una lesión menor en la cabeza, ahora se entiende que una conmoción cerebral tiene el potencial de provocar la muerte o cambios en la función cerebral (sea a corto a largo plazo). Una conmoción cerebral es una lesión cerebral que resulta en una interrupción temporal de la función normal del cerebro. Una conmoción cerebral ocurre cuando el cerebro se balancea violentamente hacia adelante y hacia atrás o se retuerce dentro del cráneo como resultado de un golpe a la cabeza o el cuerpo. La participación en cualquier deporte después de una conmoción cerebral puede provocar empeoramiento de los síntomas de la conmoción cerebral, también puede aumentar el riesgo de sufrir más lesiones cerebrales e incluso la muerte.

La educación del jugador y de los padres en esta área es crucial- esa es la razón de este documento. Refiere a este documento regularmente. Este documento debe estar firmado por un padre o tutor de cada estudiante que desea participar en el atletismo GHSA. Una copia debe ser devuelta a la escuela, y uno guardado en casa.

SIGNOS Y SÍNTOMAS COMUNES DE CONMOCIONES CEREBRALES

- Dolor de cabeza, mareos, falta de equilibrio, movimientos torpes, reducción del nivel de energía/cansancio
- Náuseas o vómitos
- Visión borrosa, sensibilidad a la luz y al sonido
- Nubosidad de la memoria, dificultad para concentrarse, proceso de pensamientos lentos, confundido acerca de los alrededores, o las tareas del juego
- Cambios inexplicables en el comportamiento y la personalidad
- Pérdida de la consciencia (NOTA: Esto no ocurre en todos los episodios de conmoción cerebral)

POR-LEY 2.68: GHSA CONMOCIÓN CEREBRAL POLÍTICA: De conformidad con la ley de Georgia y las reglas nacionales de juego publicadas por la federación nacional de asociaciones estatales de escuelas secundarias, cualquier atleta que muestre signos, síntomas, o comportamientos consistentes con una conmoción cerebral será retirado inmediatamente de la práctica o concurso y no volverá a jugar hasta que un profesional médico apropiado haya determinado que no ha ocurrido una conmoción cerebral. (NOTA: Un profesional de atención médica adecuado puede incluir un médico con licencia u otra persona con licencia bajo la supervisión de un médico con licencia como una enfermera practicante, un asistente médico o un entrenador atlético certificado que haya recibido capacitación en evaluación y manejo de conmociones cerebrales.

- a) Ningún atleta puede regresar a un juego o práctica el mismo día en que (a) se diagnóstico una conmoción cerebral, o (b) no se puede descartar
- b) Cualquier atleta diagnosticado con una conmoción cerebral será despedido con la autorización médica de un profesional de la salud adecuado antes de regresar a la participación en cualquier práctica o concurso futuro. La formulación de un protocolo gradual de regreso al juego será parte de la autorización médica.

Al firmar este formulario de conmoción cerebral, yo doy _____ permiso para transferir este formulario de conmoción cerebral a otros deportes que mi hijo puede jugar. Soy consciente de los peligros de la conmoción cerebral y este formulario de conmoción cerebral firmado me representará a mí y a mí hijo durante el año escolar 2026-2027. Este formulario será almacenado por el _____ sistema escolar.

HE LEÍDO ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO LOS HECHOS PRESENTADOS EN ÉL.

Nombre del Estudiante (Impreso)	Nombre del Estudiante (Firmado)	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del Padre (Impreso)	Nombre del Padre (Firmado)	Fecha
_____	_____	_____