WAKEFIELD WARRIORS

Año escolar 2026-2027

INSCRIPCIONES DEPORTIVAS

Otoño

- Competencia de porristas **(03/08/26)**
- Atletismo a campo abierto **(03/08/26)**
- Deportes de Club 9/2026 (Voleibol masculino, Futbol bandera Femenino, Ultimate Frisbee)
- Hockey sobre césped * **(03/08/26)**
- Fútbol Americano* **(03/08/26)**
- Golf **(27/07/26)** Masculino/Femenino
- Entrenamiento con rifle **(09/2026)**
- Voleibol * **(03/08/26)**

Inicio de la temporada: 27 de julio de 2026

Inscripciones ABRE: 01/07/2026 hasta 15/09/26

Invierno

- Baloncesto Masculino/Femenino
- Remo en bote en invierno masculino/femenino*
- Gimnasia femenino
- Atletismo sobre techo
- Temporada de rifles
- Natación y Clavadísimo
- Lucha libre masulino/femenino
- Porristas Alado

Inicio de la temporada: 09 de noviembre de 2026

Inscripciones ABRE: 02/10/26 hasta 1/12/26

Primavera

- Béisbol *
- Remo en bote masculino/femenino*
- Lacrosse* masculino/femenino
- Fútbol masculino/femenino
- Sófbol *
- Tenis masculino/femenino
- Atletismo

Inicio de la temporada: 22 de febrero de 2027

Inscripciones ABRE 03/01/27 hasta 14/03/27

*** Estudiantes de 8º grado son elegibles**

Antes de participar en deportes, los estudiantes deben:

1. Ser académicamente elegible. (Debe tomar al menos 5 clases y aprobar al menos 5 clases)

2. Completar el registro electrónicamente:
https://students.arbitersports.com/wakefield-high-school
o escanear **el código QR**

3. Envíe el formulario del examen físico VHSL cuál debe ser completo por un profesional médico queálido por 14 meses. El formulario debe enviarse electrónicamente en el sitio web de registro.

Información de contacto:

rebecca.kigin@apsva.us

SPORTS REGISTRATION

2026-2027

FALL SEASON

Season Begins: see below for start dates
Registration Ends: 09/15/2026

- Competition Cheer - 08/03/26
- Boys/Girls Cross Country - 08/03/26
- Club Sports - 09/2026 Ultimate Frisbee, Boys Volleyball, Girls Flag FB
- Field Hockey* - 08/03/26
- Football* - 08/03/26
- Boys/Girls Golf - 07/27/26
- Rifle Training - 09/2026
- Volleyball* - 08/03/26

WINTER SEASON

Season Begins: 11/09/2026
Registration Ends: 12/1/2026

- Boys/Girls Basketball
- Coed Crew* (Conditioning)
- Gymnastics
- Indoor Track
- Rifle Season
- Boys/Girls Swim & Dive
- Boys/Girls Wrestling
- Sideline Cheer

SPRING SEASON

Season Begins: 02/22/2027
Registration Ends: 03/14/2027

- Baseball*
- Boys/Girls Crew*
- Boys/Girls Lacrosse*
- Boys/Girls Soccer
- Softball*
- Boys/Girls Tennis
- Boys/Girls Track and Field

*** 8th Grade Eligible**

Prior to participation in sports, students must:

1. Be Academically eligible. (Must be taking & passing at least 5 classes)
2. Complete Electronic Registration Process.
3. Submit a completed VHSL Physical Form **electronically**. The physical form must be completed by an approved medical professional, and be valid within the previous 14 months.

Registration Site: https://students.arbitersports.com/wakefield-high-school

Contact Information: rebecca.kigin@apsva.us
or call 703-228-6702

VIRGINIA HIGH SCHOOL LEAGUE, INC.
1642 State Farm Blvd., Charlottesville, Va. 22911

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN ATLÉTICA/ CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/EXAMEN FÍSICO

~~Se requiere un examen para cada año escolar desde el 1 de MAYO del año en curso hasta el 30 de JUNIO del año siguiente.~~
Las paginas 1-3 deben entregarse a la escuela para ser elegible para VHSL. Este formulario vence 14 meses despues de la fecha de la firma del profesional en la pagina 3.

Para el año escolar _____ **PARTE I - PARTICIPACIÓN ATLÉTICA** (A completar y firmar por el alumno) Masculino _____ Femenino _____

LETRA IMPRENTA CLARA

Nombre _____ N.º de ID del estudiante _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección residencial _____

Ciudad/código postal _____

Dirección residencial de los padres _____

Ciudad/código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Este es mi _____ semestre en la escuela secundaria _____ y mi _____ semestre desde que ingresé a noveno grado.

El semestre pasado asistí a la escuela _____ y aprobé _____ asignaturas con créditos, y este semestre estoy haciendo _____ asignaturas con créditos. He leído las reglas de elegibilidad individual abreviadas de la Liga de Escuelas Secundarias de Virginia Beach que aparecen a continuación y creo que soy elegible para representar a mi escuela intermedia actual en atletismo.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

Para ser elegible para representar a tu escuela en cualquier concurso interescolar de VHSL:

- Debes ser estudiante regular bona fide y de buena reputación en la escuela que representas.
- Debes estar matriculado en los últimos cuatro años de la escuela secundaria. (Los estudiantes de octavo grado pueden ser elegibles para junior varsity)
- Debes haberte inscrito a más tardar el día 15 del semestre actual.
- Para el primer semestre debes estar actualmente matriculado en no menos de cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan usarse para graduación y haber aprobado cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan usarse para graduación el año inmediatamente anterior o el semestre inmediatamente anterior para las escuelas que certifican créditos por semestre. (Verifica con tu director los requisitos equivalentes). **No se pueden repetir cursos con fines de elegibilidad para los que se haya otorgado crédito previamente.**
- Para el segundo semestre debes estar actualmente matriculado en no menos de cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan ser utilizadas para graduación y haber aprobado cinco asignaturas, o su equivalente, ofrecidas para crédito y que puedan ser utilizadas para graduación el semestre inmediatamente anterior. (Verifica con tu director los requisitos equivalentes).
- No tienes que participar en todas las competencias de VHSL durante 365 días calendario consecutivos después de una transferencia de escuela, a menos que la transferencia se corresponda con una mudanza familiar. (Consulta con su director para conocer las excepciones).
- No debes haber cumplido diecinueve años hasta el primer día de agosto del año escolar en curso o antes.
- Después de ingresar al noveno grado por primera vez, no debes haber estado inscrito ni haber sido elegible para inscribirte en la escuela secundaria más de ocho semestres consecutivos.
- Antes de cualquier tipo de participación, incluidas las pruebas o la práctica como miembro de cualquier equipo atlético o de porristas de la escuela, debes haber enviado a tu director un formulario de participación atlética/ consentimiento de los padres/examen físico, completado en su totalidad y debidamente firmado, que acredite que has sido examinado durante este año escolar y que te encuentras en buen estado físico para la competencia y que tus padres dan su consentimiento para tu participación.
- No debes infringir las reglas de VHSL Amateur, Awards, All Star o College Team. (Consulta con tu director para obtener una aclaración sobre las porristas).

La elegibilidad para participar en deportes interescolares es un privilegio que se obtiene al cumplir no solo con los estándares mínimos mencionados anteriormente, sino también con todos los demás estándares establecidos por la Liga, el distrito y la escuela. Si tienes alguna pregunta con respecto a tu elegibilidad o tienes dudas sobre el efecto que una actividad podría tener en tu elegibilidad, **consulta con tu director para conocer las interpretaciones y excepciones previstas en las reglas de la Liga.** Cumplir con la intención y el espíritu de los estándares de la Liga evitará que tú, tu equipo, la escuela y la comunidad sean penalizados. Asimismo, doy mi consentimiento y aprobación para que mi foto y nombre puedan reproducirse en cualquier programa de escuela secundaria o programa deportivo de VHSL, publicación o video.
LAS DIVISIONES ESCOLARES LOCALES Y LOS DISTRITOS DE VHSL PUEDEN REQUERIR ESTÁNDARES ADICIONALES A LOS MENCIONADOS ARRIBA.

→Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA RESULTARÁ EN LA NO ELEGIBILIDAD DURANTE UN AÑO.

Parent / guardian Fills Out

PARTE II - RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE SEGURO
(Para ser completado por padre/madre/tutor)

Doy permiso para que_____(nombre del niño/pupilo) participe en cualquiera de los siguientes deportes que NO están tachados: béisbol, baloncesto, porristas, campo a través, hockey sobre césped, fútbol, golf, gimnasia, lacrosse, fútbol, softbol, natación/buceo, tenis, atletismo, voleibol, lucha, otro (identificar deportes): _____

He revisado las reglas de elegibilidad individual y soy consciente de que la participación en deportes conlleva el riesgo de lesiones para mi hijo/pupilo. Entiendo que el grado de peligro y la gravedad del riesgo varían significativamente de un deporte a otro, siendo los deportes de contacto los que conllevan un mayor riesgo. He tenido la oportunidad de comprender el riesgo inherente a los deportes a través de reuniones, folletos escritos u otros medios. El estudiante tiene un seguro médico/de accidentes para estudiantes disponible a través de la escuela (sí no); tiene cobertura de seguro de participación atlética a través de la escuela (sí no); está asegurado por nuestra póliza familiar con:

Se requiere Seguro!

Nombre de la compañía de seguros médicos: _____

Número de póliza: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Soy consciente de que participar en deportes implicará viajar con el equipo. Reconozco y acepto los riesgos inherentes al deporte y al viaje que implica y, con este conocimiento en mente, otorgo permiso para que mi hijo/pupilo participe en el deporte y viaje con el equipo.

Con esta firma, doy mi consentimiento para permitir que los médicos y otros proveedores de atención médica seleccionados por mí o por la escuela le realicen a mi hijo un examen previo a la participación y brinden tratamiento ante alguna lesión o condición que resultara de participar en atletismo/actividades para su escuela durante el año escolar cubierto por este formulario. Además, doy mi consentimiento para que dichos médicos o proveedores de atención médica compartan información apropiada sobre mi hijo que sea relevante para la participación en atletismo y actividades con los entrenadores y otro personal escolar según se considere necesario.

Asimismo, doy mi consentimiento y aprobación de que la foto y el nombre del estudiante mencionado anteriormente puedan reproducirse en cualquier programa de escuela secundaria, o programa deportivo de VHSL, publicación o video.

Para acceder a un seguro de salud integral de calidad y bajo costo a través de FAMIS para su hijo, comuníquese con Cover Virginia en www.coverva.org o llame al 855-242-8282.

Parent / guardian fills out

PARTE III - FORMULARIO DE PERMISO DE EMERGENCIA*
(Para ser completado y firmado por padre/madre/tutor)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____GRADO: _____EDAD: _____FDN: _____

ESCUELA SECUNDARIA: _____CIUDAD: _____

Mencione los problemas de salud importantes que podrían ser relevantes para un médico que evalúa a su hijo **en caso de una emergencia**: _____

INDICAR ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS, ETC: _____

_____

¿EL ESTUDIANTE USA ACTUALMENTE UN INHALADOR O EPI-PEN RECETADO POR EL MÉDICO?_____

_____MENCIONAR LOS MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA: _____

¿ESTÁ TOMANDO EL ESTUDIANTE ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?_____SI ES ASÍ, ¿CUÁL? _____

¿EL ESTUDIANTE UTILIZA LENTES DE CONTACTO?_____FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA Tdap O Td (TÉTANOS): _____

AUTORIZACIÓN DE EMERGENCIA: En el caso de que no se me pueda localizar en una emergencia, por el presente doy permiso a los médicos seleccionados por los entrenadores y el personal de la Escuela secundaria _____ para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y ordenar la inyección o anestesia o cirugía para la persona mencionada anteriormente.

Se requieren numeros de telefono

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA NOCHE (DÓNDE LOCALIZARLO EN CASO DE EMERGENCIA): _____

NÚMERO DE CELULAR: _____

Firma aqui

* → **FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:** _____ **FECHA:** _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

*El formulario de permiso de emergencia se puede reproducir para viajar con los equipos respectivos y es aceptable para tratamiento de emergencia si es necesario.

* → **CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA:** _____

Firma de padre/madre/tutor

El examen físico previo a la participación no sustituye a un examen anual completo realizado por el médico de atención primaria del estudiante.

Firma aqui

This is a required form, done by doctor

The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: _____ Date of birth: _____

Dr please indicate participation level

- ☐ 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: _____

_____

_____

Required!

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

** Drs, please use an office stamp to validate, and include clinical practice address & phone number.

Allergies: _____

_____

_____

Medications: _____

_____

_____

Other information: _____

_____

_____

Emergency contacts: _____

_____

_____

© 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. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

This form should be placed into the athlete's medical file and should ***not*** be shared with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

Disclaimer: Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another examination.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

PHYSICAL EXAMINATION FORM

Athlete
Name: _____ Date of birth: _____

PHYSICIAN REMINDERS

1. 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?
2. Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height:	Weight:	
BP: / (/)	Pulse:	Vision: R 20/ L 20/ Corrected: ☐ Y ☐ N

COVID-19 VACCINE
Previously received COVID-19 vaccine: ☐ Y ☐ N
Administered COVID-19 vaccine at this visit: ☐ Y ☐ N If yes: ☐ First dose ☐ Second dose ☐ Third dose ☐ Booster date(s) _____

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 *Staphylococcus aureus* (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: _____

please circle

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

© 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. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

Medical professional. please use office stamp to validate

Parent/Guardian: Fill out before seeing the doctor

This form should be placed into the athlete's medical file and should ***not*** be shared with schools or sports organizations. The Medical Eligibility Form is the only form that should be submitted to a school or sports organization.

Disclaimer: Athletes who have a current Preparticipation Physical Evaluation (per state and local guidance) on file should not need to complete another History Form.

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Interim Guidance)

HISTORY FORM

Note: Complete and sign this form (with your parents if younger than 18) before your appointment.

Name: _____ Date of birth: _____

Date of examination: _____ Sport(s): _____

Sex assigned at birth (F, M, or intersex): _____ How do you identify your gender? (F, M, non-binary, or another gender): _____

Have you had COVID-19? (check one): ☐ Y ☐ N

Have you been immunized for COVID-19? (check one): ☐ Y ☐ N If yes, have you had: ☐ One shot ☐ Two shots ☐ Three shots ☐ Booster date(s) _____

List past and current medical conditions. _____

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures. _____

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional).

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects).

Answer all questions.

Patient Health Questionnaire Version 4 (PHQ-4)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Circle response.)

	Not at all	Several days	Over half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(A sum of ≥3 is considered positive on either subscale [questions 1 and 2, or questions 3 and 4] for screening purposes.)

GENERAL QUESTIONS (Explain "Yes" answers at the end of this form. Circle questions if you don't know the answer.)	Yes	No
1. Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider?		
2. Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason?		
3. Do you have any ongoing medical issues or recent illness?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU	**Yes**	**No**
4. Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise?		
5. Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise?		
6. Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise?		
7. Has a doctor ever told you that you have any heart problems?		
8. Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography.		

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOU (*CONTINUED*)	Yes	No
9. Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise?		
10. Have you ever had a seizure?		
HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY	**Unsure**	**Yes**	**No**
11. Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)?			
12. Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia (CPVT)?			
13. Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35?			

Parent / guardian - continued

Answer all questions

BONE AND JOINT QUESTIONS	Yes	No
14. Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game?		
15. Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you?		

MEDICAL QUESTIONS	Yes	No
16. Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise?		
17. Are you missing a kidney, an eye, a testicle, your spleen, or any other organ?		
18. Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area?		
19. Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)?		
20. Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems?		
21. Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling?		
22. Have you ever become ill while exercising in the heat?		
23. Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease? Unsure		
24. Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision?		

MEDICAL QUESTIONS (*CONTINUED*)	Yes	No
25. Do you worry about your weight?		
26. Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight?		
27. Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups?		
28. Have you ever had an eating disorder?		

MENSTRUAL QUESTIONS	N/A	Yes	No
29. Have you ever had a menstrual period?			
30. How old were you when you had your first menstrual period?			
31. When was your most recent menstrual period?			
32. How many periods have you had in the past 12 months?			

Explain "Yes" answers here.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the questions on this form are complete and correct.

signatures here

Signature of athlete: _____

Signature of parent or guardian: _____ and here

Date: _____

© 2023 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. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.