



# ANNUAL SPORTS AND SELECTED ACTIVITY PARTICIPATION

(Includes All Sports, JROTC, Competitive Dance Teams, Marching Band and Guard)

معلومات الطالب

التاريخ:

اسم الطالب:

تاريخ الولادة:

رقم الطالب:

رقم المدرسة لدى OCPS:

الصف:

## إخطار إلى الوالد/الوصي القانوني

يقدم مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا ("SBOC") مجموعة متنوعة من الألعاب الرياضية والأنشطة البدنية الأخرى للطلاب المسجلين ويسعى إلى جعل كل مدرسة ثانوية ومدرسة متوسطة عضوًا نشطًا في اتحاد فلوريدا لألعاب القوى في المدارس الثانوية لنتائج الفرصة للطلاب الرياضيين للمشاركة في المسابقات الرياضية المقررة. بالتوقيع على هذه الاتفاقية، يفهم الوالد/الوصي القانوني ويوافق على وجود مخاطر متصلة مرتبطة باللعب الرياضي الطالب المحدد الذي يشارك في ألعاب رياضية وأنشطة مختارة: بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تكييف ما قبل الموسم، وتمارين مبرمجة، وكرة القدم الأمريكية، والألعاب، والمسابقات، والبطولات الإقليمية والبطولات الخاصة بالولاية، ويمنح بموجب هذا الإذن للطلاب المذكور للمشاركة في ألعاب رياضية والأنشطة المختارة JROTC، فرق الرقص التنافسية، فرقة المسيرة والحارس) كطالب رياضي و أو مشارك في أنشطة مختارة أخرى.

## إخطار بمسؤولية الطالب الرياضي أو المشارك والوالد/الوصي القانوني

بصفته الوالد/الوصي القانوني للطالب الرياضي الذي سيشترك في الألعاب الرياضية والأنشطة المختارة التي تعدها البرامج الرياضية وغيرها من البرامج تحت إدارة مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا SBOC، يفهم الوالد/الوصي القانوني ويوافق على القواعد والمسؤوليات التالية:

## مؤهلات المشاركة

(a) مطلوب إجراء اختبار بدني للفحص الرياضي للطالب الرياضي/المشارك، ويجب تقديم النتائج إلى الدائرة الرياضية المحددة في المدرسة (عادةً المدرب الرياضي) كل سنة وفقاً لقواعد وإرشادات FHSAA. يجب أن يتم إجراء الاختبارات البدنية من قبل مزود طبي مرخص في ولاية فلوريدا وليس له علاقة عائلية بالطالب الرياضي. يجب أن تمنع الدائرة الرياضية الطالب الرياضي/المشارك من المشاركة إذا لم يتم استلام جميع الأوراق المطلوبة قبل 48 ساعة من الموعد النهائي للاختبارات.

(b) يجب أن يخضع الطالب الرياضي/المشارك لتخطيط كهربية القلب ("ECG") قبل المشاركة في أي تكييف أو تمرين أو لعبة. سيؤدي عدم إجراء مخطط كهربية القلب إلى رفض مشاركة الطالب الرياضي/المشارك في الألعاب الرياضية والأنشطة المختارة. يجب أن تظهر نتيجة مخطط كهربية القلب عدم وجود أية حالات غير عادية قبل أن يُسمح للطالب الرياضي/المشارك بالمشاركة في أي تكييف أو تمرين أو لعبة. إذا كان مخطط كهربية القلب للطالب الرياضي/المشارك غير طبيعي، فلن يُسمح للطالب الرياضي/المشارك بالمشاركة في أي تكييف أو تمرين أو لعبة إلى أن يحين الوقت الذي يقوم فيه طبيب قلب أطفال أو طبيب قلب بالسماح للطالب الرياضي/المشارك بالمشاركة الكاملة. سيطلب من الطالب الرياضي/المشارك تزويد مدربه الرياضي بإذن خطي يفيد بأنه يُسمح للطالب الرياضي/المشارك بالمشاركة الكاملة في التكييفات أو التمارين أو الألعاب قبل السماح له بالمشاركة بعد أن كانت نتيجة مخطط كهربية قلبه غير طبيعية. يتنازل الوالد/الوصي القانوني، ويعفي ويحمي مجلس مدارس مقاطعة أورانج SBOC وموظفيه والمتطوعين العاملين لديه من أي مسؤولية، بما في ذلك الادعاءات بإهمال، ناشئة عن فحص ECG و/أو أي إصابة و/أو وفاة ناجمة عن المشاركة في أي تكييفات أو تمارين أو ألعاب بعد اكمال فحص تخطيط القلب. يتنازل الوالد/الوصي القانوني، ويعفي ويحمي مجلس مدارس مقاطعة أورانج SBOC وموظفيه والمتطوعين العاملين لديه من أي مسؤولية، بما في ذلك الادعاءات بإهمال، ناشئة عن فحص ECG و/أو أي إصابة و/أو وفاة ناجمة عن المشاركة في أي تكييفات أو تمارين أو ألعاب بعد أن يكون الطالب الرياضي/المشارك قد أُجيز له المشاركة الكاملة من قبل طبيب قلب أطفال أو طبيب قلب بعد كانت نتيجة مخطط كهربية القلب غير طبيعية. لن يُطلب من الطالب إلا الخضوع لتخطيط قلب واحد فقط خلال مدة الأربع سنوات من مشاركته أثناء تسجيله في مدارس مقاطعة أورانج العامة.

(c) الحضور إلى جميع التمارين والألعاب، بما في ذلك الوصول في الوقت المناسب والحضور بجاهزية كاملة، هو التزام من قبل الوالد/الوصي القانوني والطالب الرياضي لفريقه/مدرسته، والرياضة. يوافق الطالب الرياضي/المشارك والوالد/الوصي القانوني على اتباع توجيهات المدرسة فيما يتعلق بمشاركة الطالب الرياضي في الأنشطة الرياضية.



## ANNUAL SPORTS AND SELECTED ACTIVITY PARTICIPATION (Includes All Sports, JROTC, Competitive Dance Teams, Marching Band and Guard)

(d) الوصول إلى الأنشطة الرياضية ومغادرتها هو من مسؤولية الوالد/الوصي القانوني، ما لم يتم توفير وسائل نقل محددة من قبل SBOC. يتنازل الوالد/الوصي القانوني، ويعفي ويحمي مجلس مدارس مقاطعة أورانج SBOC وموظفيه والمتطوعين العاملين لديه من أي مسؤولية، ناشئة عن إعفاء SBOC الطالب الرياضي/المشارك من الرياضة والأنشطة المختارة للعودة الفردية إلى المنزل، سواء كانت طريقته/وسائله مشياً على الأقدام أو على دراجة أو في سيارة أو غيرها من الوسائل المختلفة من قبله/قبلها أو من قبل صديق أو قريب أو أي شخص آخر وفقاً لتقدير الطالب الرياضي/المشارك.

(e) يتم تحديد أهلية الطالب الرياضي/المشارك للمشاركة في الأنشطة الرياضية والأنشطة المختارة الأخرى من قبل إدارة المدرسة، وفقاً لمدونة واعد سلوك الطلاب الخاصة بـ SBOC، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، محافظة الطالب الرياضي/المشارك على درجات مرضية، ومدى مناسبة سلوكه وامتثاله لقواعد الفريق.

(f) إبلاغ المدرب الرياضي أو المدير الرياضي لـ SBOC على الفور بأي وجميع الإصابات والتغيرات في الحالة الطبية و/أو العلاجات الطبية التي تحدث نتيجة لمشاركة الطالب الرياضي في الأنشطة الرياضية أو تلك التي قد تؤثر على قدرته على الاستمرار في المشاركة في الرياضة والأنشطة المختارة. عند الطلب، سيسعى الطالب الرياضي/المشارك إلى الحصول على العلاج الطبي ويزود SBOC بسجلات من المزود الطبي حول الأهلية للمشاركة في الألعاب الرياضية والأنشطة المختارة. يجوز حجب المشاركة في أي نشاط رياضي أو نشاط محدد من قبل SBOC في أي وقت يعتبر مناسباً ولن يُسمح للطالب الرياضي/المشارك باستئناف الرياضة أو الأنشطة المختارة دون مذكرة أو سجلات طبية مقبولة.

(g) إذا تم تزوير أي وثيقة رياضية أو نموذج اختبار جسدي أو توقيع على هذه الوثيقة أو تم تحريفه أو استبعاده عن عمد، فسيتم إيقاف الطالب الرياضي/المشارك على الفور من الفريق/المجموعة الرياضية وإعلانه طالباً غير مؤهل لجميع الألعاب الرياضية أو الأنشطة المختارة. تبقى وضعية عدم الأهلية والإيقاف عن ممارسة الأنشطة الرياضية لمدة سنة تقويمية واحدة من تاريخ الإفصاح.

(h) يجب إجراء التقييم البدني السنوي إما من قبل طبيب مرخص، أو طبيب تقويم عظام، أو طبيب تقويم عمود فقري مرخص، أو من مساعد طبيب مرخص، أو ممرضة مسجلة معتمدة. يجب أن يتم تفسير نتائج مخطط كهربية القلب من قبل طبيب قلب أطفال أو طبيب قلب.

### إقرار ولي الأمر/الوصي القانوني

بالتوقيع على هذه الوثيقة المثبتة أدناه، فإنني أقر بجميع البيانات الواردة أعلاه وأؤكد عليها. أتحمل أيضاً طواعية جميع المخاطر التي قد أتعرض لها أنا و/أو الطالب الرياضي المحدد أو قد تتأثر بـ COVID-19 نتيجة للمشاركة في الأنشطة اللامنهجية، وأن هذا التعرض أو العدوى قد يؤدي إلى إصابة شخصية أو مرض و/أو الوفاة. أفهم أن خطر التعرض أو العدوى قد ينجم عن أفعال أو إغفال أو إهمال من جانبي أنا نفسي أو من جانب طفلي (أطفالي) أو موظفي SBOC أو المتطوعين أو الوكلاء أو المشاركين الآخرين في النشاط أو غيرهم من الأشخاص غير المدرجين في القائمة، وأقر بأن جميع هذه المخاطر معروفة لي.

نظراً لكوني أنا والطالب الرياضي المسمى قادراً على المشاركة في الأنشطة اللامنهجية، فأنا، بالأصالة عن نفسي، وكذلك أي شخص يحق له التصرف نيابة عني، بموجب هذا أتنازل إلى الأبد، وأخلي طرف، وأعفي مجلس مدارس مقاطعة أورانج، فلوريدا SBOC وموظفيه ووكلائه من أي وجميع الدعاوى (بما في ذلك الإهمال)، والقضايا، والمسؤولية، والإجراءات، والأحكام، وأتعاب المحاماة، والتكاليف، وأي نفقات من أي نوع ناتجة عن الإصابات أو الأضرار، على أساس الضرر أو غير ذلك، أنني أنا و/أو الطالب الرياضي المحدد، أو ممثلي، نحافظ عليها أثناء أو فيما يتعلق بمشاركة الطالب الرياضي أو مشاركته في الأنشطة.

أقر وأشهد بموجبه أنني قد قرأت هذه الوثيقة بالكامل؛ وراجعت وفسرت الشروط مع الطالب الرياضي المسمى؛ أفهم وأوافق على الالتزام بالشروط نيابة عن نفسي وعن الطالب الرياضي المسمى.

التاريخ

اسم الوالد/الوصي القانوني (بحروف منفصلة)

توقيع الوالد/الوصي القانوني



## PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 1 of 4)

This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.

This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

# EL2

Revised 3/23

نموذج التاريخ الطبي

معلومات الطالب (تعباً من قبل الطالب والوالد) بحروف منفصلة وواضحة

الإسم الكامل للطالب: \_\_\_\_\_ الجنس المحدد عند الولادة: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف في المدرسة: \_\_\_\_\_ الألعاب الرياضية: \_\_\_\_\_ عنوان: \_\_\_\_\_  
المنزل: \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ الإيميل: \_\_\_\_\_  
الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_ صلته بالطالب: \_\_\_\_\_ حالات الطوارئ (شخص): \_\_\_\_\_  
هاتف خلوي للاتصال في الطوارئ: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_ هاتف آخر: \_\_\_\_\_ مزود الرعاية الصحية  
للأسرة: \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_ هاتف المكتب: \_\_\_\_\_

أدرج الحالات الطبية السابقة والحالية:

هل سبق وأن خضعت في أي وقت مضى لعملية جراحية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى ذكر جميع الإجراءات الجراحية وتواريخها:

الأدوية والمكملات (يرجى ذكر جميع الأدوية الحالية التي تشتري بوصفات طبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية، والمكملات (العشبية والتغذية):

هل تعاني من أي نوع من أنواع الحساسية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى كتابة قائمة بجميع أنواع الحساسية لديك (مثل الأدوية وحبوب اللقاح والأغذية والحشرات):

استبانة صحة المريض الإصدار 4 (PHQ-4)

على مدار الأسبوعين الماضيين، كم مرة انزعجت من أي من المشكلات التالية؟ (ضع دائرة حول الإجابة)

كل يوم تقريباً	في أكثر من نصف الأيام	عدة أيام	ولا مرة	
3	2	1	0	الشعور بالتوتر أو القلق أو الانفعال
3	2	1	0	عدم القدرة على التوقف عن القلق أو التحكم فيه
3	2	1	0	قلة الاهتمام أو المتعة في فعل الأشياء
3	2	1	0	الشعور بالإحباط أو اليأس

لا	نعم	أسئلة حول صحة قلبك (تتمة)	لا	نعم	أسئلة عامة اشرح إجابات "نعم" في نهاية هذا النموذج. ضع دائرة حول الأسئلة إذا كنت لا تعرف الإجابة.
		هل سبق لأحد الأطباء أن طلب فحصاً لقلبك؟ على سبيل المثال، تخطيط قلب كهربائي (ECG) أو تخطيط صدى القلب (ECHO)؟	1		هل لديك أية مخاوف ترغب في مناقشتها مع مزود الخدمة الخاص بك؟
		هل تشعر بالدوخة أو تشعر بضيق في التنفس أكثر مما يشعر به أصدقاؤك أثناء التمارين؟	2		هل سبق أن رفض مزود الخدمة أو قيد مشاركتك في الرياضة لأي سبب؟
		هل سبق لك وأن تعرضت لنوبة مرضية؟	3		هل لديك أية مشاكل طبية مستمرة أو أمراض حديثة؟
لا	نعم	أسئلة حول صحة القلب في أسرتك	لا	نعم	أسئلة حول صحة قلبك
		هل سبق وأن توفي أي من أفراد الأسرة أو الأقارب بسبب مشاكل في القلب أو تعرض لوفاة مفاجئة غير متوقعة أو غير مبررة قبل سن 35؟ (بما في ذلك الغرق أو حادث سيارة غير مفسر)	4		هل سبق أن أغمي عليك أو كدت أن تغقد وعيك أثناء التمرين أو بعدها؟
		هل يعاني أي فرد في أسرته من مشكلة قلبية وراثية، مثل اعتلال عضلة القلب الضخامي (HCM)، أو متلازمة مارفان، أو اعتلال عضلة القلب البطيني الأيمن، أو متلازمة QT الطويلة (LQTS)، أو متلازمة QT القصيرة (SQTS)، أو متلازمة بروغادا، أو الكاتيكولامينيرجك البطيني متعدد الأشكال عدم انتظام دقات القلب (CPVT)؟	5		هل شعرت يوماً بعدم راحة أو ألم أو ضيق أو ضغط في صدرك أثناء التمرين؟
		هل كان لدى أي فرد في أسرته جهاز لتنظيم ضربات القلب أو جهاز لإزالة الرجفان مزروع قبل سن 35؟	6		هل تتسارع ضربات قلبك أو ترفرف في صدرك أو تتخطى النبضات (ضربات غير منتظمة) أثناء التمرين؟
			7		هل سبق وأن أخبرك طبيب من قبل أنك تعاني من أية مشاكل في القلب؟

لا يعتبر هذا النموذج صالحاً ما لم تكن جميع الأقسام كاملة.



**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 2 of 4)**  
This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.  
This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

**EL2**

Revised 3/23

الإسم الكامل للطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ المدرسة: \_\_\_\_\_

لا	نعم	أسئلة طبية (تتمة)	لا	نعم	أسئلة تتعلق بالعظام والمفاصل
		26 هل تقلق بشأن وزنك؟			14 هل سبق لك أن تعرضت لكسر إجهاد؟
		27 هل تحاول أن تزيد وزنك أو تنقصه أو هل أوصى أي شخص بذلك؟			15 هل سبق لك أن أصبت في عظم أو عضلة أو رباط أو مفصل أو وتر تسبب لك في تقويت تمرين أو لعبة؟
		28 هل تتبع نظامًا غذائيًا خاصًا أو تتجنب أنواعًا معينة من الأطعمة أو المجموعات الغذائية؟			16 هل لديك إصابة في العظام أو العضلات أو الأربطة أو المفاصل تزعجك حاليًا؟
		29 هل سبق وأن عانيت من اضطراب في الأكل؟	No	Yes	<b>MEDICAL QUESTIONS</b>
شرح الإجابات بـ "نعم" هنا:					17 هل تعاني من سعال أو صغير مع التنفس أو صعوبة تنفس أثناء التمرين أو بعده أو هل سبق أن قام أحد مزودي الخدمة بتشخيصك بالربو؟
					18 هل لديك نقص كلية أو عين أو خصية أو طحالك أو أي عضو آخر؟
					19 هل تعاني من ألم في الفخذ أو الخصية أو انتفاخ مؤلم أو فتق في منطقة الفخذ؟
					20 هل تعاني من أي طفح جلدي متكرر أو طفح جلدي يظهر ويختفي، بما في ذلك الهريس أو المكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA)؟
					21 هل سبق وأن أصبت بارتجاج أو إصابة في الرأس تسببت في حدوث تشوش أو صداع طويل الأمد أو مشاكل في الذاكرة؟
					22 هل سبق وأن عانيت من تنميل ووخز وضعف في ذراعيك أو ساقيك، أو كنت غير قادر على تحريك ذراعيك أو ساقيك بعد تعرض لضرب أو لسقوط؟
					23 هل سبق لك أن مرضت أثناء ممارسة الرياضة في الحر؟
					24 هل تعاني أنت أو أحد أفراد أسرتك من سمة فقر الدم المنجلي أو المرض؟
					25 هل سبق وأن عانيت أو هل لديك الآن أية مشاكل في عينيك أو في نظرك؟

**لا يعتبر هذا النموذج صالحًا ما لم تكن جميع الأقسام كاملة.**

المشاركة في الألعاب الرياضية في المدرسة الثانوية لا تخلو من مخاطر. يقر الطالب الرياضي والوالد / الوصي أن الإجابات الصادقة على الأسئلة المذكورة أعلاه تسمح للطبيب المدرب بتقييم الطالب الرياضي الفردي من ناحية عوامل الخطر المرتبطة بالإصابات والوفاة المرتبطة بالرياضة. يتطلب قانون فلوريدا 1006.20 من الطالب المرشح لفريق رياضي مشترك بين المدارس الخضوع لتقييم جسدي قبل المشاركة بنجاح كخطوة أولى للوقاية من الإصابة. يجب إجراء هذا التقييم البدني السابق للمشاركة كل سنة قبل المشاركة في مسابقة رياضية بين المدارس أو الانخراط في أي تمرين أو تدريب أو تدريب أو تكييف أو أي نشاط بدني آخر، بما في ذلك الأنشطة التي تحدث خارج أوقات العام الدراسي.

نعلن بهذا، حسب أفضل علمنا، أن إجاباتنا على الأسئلة الواردة أعلاه كاملة وصحيحة. بالإضافة إلى التقييم البدني الروتيني المطلوب بموجب قانون فلوريدا رقم 1006.20 ولائحة FHSAA 9.7، فإننا نتفهم ونقر بأنه قد تم نصحنًا بهذا بأن يخضع الطالب لتقييم القلب والأوعية الدموية، وهو ما قد يتضمن اختبارات تشخيصية مثل مخطط كهربية القلب (ECG)، مخطط صدى القلب (ECHO)، و/أو اختبار جهد القلب. توصي اللجنة الاستشارية للطب الرياضي FHSAA بشدة بإجراء تقييم طبي مع مزود الرعاية الصحية الخاص بك لعوامل الخطر الخاصة بالسكتة القلبية المفاجئة والتي قد تشمل الاختبارات الخاصة المذكورة أعلاه.

اسم الطالب الرياضي: \_\_\_\_\_ (مطبوع) توقيع الطالب الرياضي: التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

اسم ولي الأمر / الوصي: (بحروف منفصلة) توقيع ولي الأمر / الوصي: التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

اسم ولي الأمر / الوصي: (بحروف منفصلة) توقيع ولي الأمر / الوصي: التاريخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 3 of 4)

This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.

This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

# EL2

Revised 3/23

نموذج الفحص الجسدي

الإسم الكامل للطالب:

تذكير من الطبيب:

ضع في اعتبارك أسئلة إضافية حول القضايا الأكثر حساسية.

تاريخ الولادة: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ المدرسة: \_\_\_\_\_

هل تشعر أنك متوتر أو واقع تحت ضغط شديد؟	• هل شعرت يوماً بالحرز أو اليأس أو الاكتئاب أو القلق؟
هل تشعر بالأمان في منزلك أو في محل إقامتك؟	• خلال الثلاثين يوماً الماضية، هل تعاطيت مضغ التبغ، أو استنشاق النشوق، أو الغمس؟
هل تشرب الكحول أو تتعاطى مخدرات أخرى؟	• هل سبق لك أن تناولت الستيرويدات الابتنائية أو استخدمت أي مكمل آخر لتحسين الأداء؟
هل سبق لك أن تناولت أية مكملات غذائية لمساعدتك على زيادة الوزن أو إنقاصه أو لتحسين أدائك؟	

تأكد من إكمال التاريخ الطبي FHSAA EL2 (الصفحتان 1 و 2)، وراجع استجابات التاريخ الطبي هذه كجزء من تقييمك. تتضمن أسئلة التاريخ/الأعراض الخاصة بأمراض القلب والأوعية الدموية Q4-Q13 من نموذج التاريخ الطبي. (ضع علامة في المربع في حالة اكتماله)

الفحص

الوزن:	الطول:
ضغط الدم / ( / ) النبض:	النظر: /R 20 /L 20
طبية - يجب أن يقوم أخصائي الرعاية الصحية بالتوقيع على كل تقييم	طبيعي نتائج غير طبيعية
المظهر	
• سمات مرفان (انحلال العمود الفقري، حنك مرتفع، تقعر القفص الصدري، عنكبوت الأصابع، فرط مرونة، قصر نظر، تدلي الصمام التاجي، قصور الأبهير)	
العيون والأذنين والأنف والحنجرة	
• التلاميذ متساوون	
• السمع	
الغدة الليمفاوية	
القلب	
• نفخات (وقوف تسمع، تسمع استلقاء، مناورة غالسافا)	
الرئتين	
البطن	
الجلد	
• فيروس الهربس البسيط (HSV)، الأفات التي توحى بالمكورات العنقودية الذهبية المقاومة للميثيسيلين (MRSA)، أو سعة الجسم	
عصبي	
عصلي هيكلي - يجب أن يقوم أخصائي الرعاية الصحية بالتوقيع على كل تقييم	طبيعي نتائج غير طبيعية
الرقبة	
الظهر	
الكثف والذراع	
المرفق والساعد	
الرسغ واليد والأصابع	
الورك والخذ	
الركبة	
الساق والكاحل	
القدم والأصابع	
وظيفي	
• اختبار الترقصاء على الساقين، واختبار الترقصاء على ساق واحدة، واختبار هبوط الصندوق أو اختبار السقوط المتدرج	

لا يعتبر هذا النموذج صالحاً ما لم تكن جميع الأقسام مستكملة.

\* ضع في اعتبارك تخطيط كهربية القلب (ECG)، أو تخطيط صدى القلب (ECHO)، أو الإحالة إلى طبيب قلب لمعرفة التاريخ غير الطبيعي للقلب أو نتائج الفحص، أو أي مزيج منهما. توصي اللجنة الاستشارية للطب الرياضي FHSAA بشدة الطالب الرياضي (الوالد)، بإجراء تقييم طبي مع مزود الرعاية الصحية الخاص بك لعوامل الخطر الخاصة بالسكتة القلبية المفاجئة والتي قد تشمل مخطط كهربية القلب.

اسم إحصائي الرعاية الصحية (بحروف منفصلة أو طباعة): \_\_\_\_\_ تاريخ الفحص: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف: (\_\_\_\_) الإيميل: \_\_\_\_\_

توقيع إحصائي الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ أوراق الاعتماد \_\_\_\_\_



**PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 4 of 4)**  
This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.  
This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

**EL2**

Revised 3/23

رقم الرخصة: \_\_\_\_\_

**نموذج الأهلية الطبية**

معلومات الطالب (تعباً من قبل الطالب والوالد) بحروف منفصلة واضحة

الإسم الكامل للطالب: \_\_\_\_\_ الجنس المحدد عند الولادة: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

المدارس: \_\_\_\_\_ الصف في المدرسة: \_\_\_\_\_ الألعاب الرياضية: \_\_\_\_\_

عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_

اسم الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_ الإيميل: \_\_\_\_\_

الاتصال في حالات الطوارئ (شخص): \_\_\_\_\_ صلته بالطالب: \_\_\_\_\_

هاتف خلوي للاتصال في الطوارئ: (\_\_\_\_\_) هاتف العمل: (\_\_\_\_\_) هاتف آخر: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

مزود الرعاية الصحية للأسرة: \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_ هاتف المكتب: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

مؤهل طبيًا لجميع الرياضات بدون قيود

مؤهل طبيًا لجميع الألعاب الرياضية دون قيود مع توصيات لمزيد من التقييم أو العلاج لما يلي: (استخدم ورقة إضافية، إذا لزم الأمر)

مؤهل طبيًا لممارسة رياضات معينة فقط كما هو موضح أدناه:

غير مؤهل طبيًا لأي رياضة

التوصيات: (استخدم ورقة إضافية، إذا لزم الأمر)

أشهد بهذا أنني قمت بفحص الطالب الرياضي المذكور أعلاه باستخدام التقييم البدني المسبق للمشاركة FHSAA EL2 وقدمت الاستنتاج (الاستنتاجات) المذكورة أعلاه. تم الاحتفاظ بنسخة من الاختبار ويمكن للوالد الوصول إليها عند الحاجة. يجب تقييم أي إصابة أو حالات طبية أخرى تنشأ بعد تاريخ هذا التصريح الطبي بشكل صحيح وتشخيصها وعلاجها من قبل إخصائي رعاية صحية مختص قبل المشاركة في الأنشطة.

اسم إخصائي الرعاية الصحية (بحروف منفصلة أو طباعة): \_\_\_\_\_ تاريخ الفحص: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

توقيع إخصائي الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ أوراق الاعتماد \_\_\_\_\_ رقم الرخصة: \_\_\_\_\_

**معلومات الطوارئ التي تتم مشاركتها - يتم استكمالها في وقت التقييم من قبل الممارس وولي الأمر**

ضع إشارة في هذا المربع إذا لم يكن هناك سجل طبي ذي صلة لمشاركته فيما يتعلق بالمشاركة في الرياضات التنافسية.

ختم المزود (إذا طلبته المدرسة)

العلاجات: (استخدم ورقة إضافية، إذا لزم الأمر)

أدرج: \_\_\_\_\_

يجب مراجعة التاريخ الطبي ذي الصلة من قبل المدرب الرياضي / طبيب الفريق: (اشرح أدناه ، استخدم ورقة إضافية ، إذا لزم الأمر)

حساسيات  ربو  قلبي/قلب  ارتجاج  سكري  مرض حراري  جراحة عظام  تاريخ جراحي  خلة خلايا منجلية  غير ذلك  
اشرح: \_\_\_\_\_

توقيع الطالب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ توقيع الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

نعلن بهذا، حسب أفضل ما نعلم، أن المعلومات المسجلة في هذا النموذج كاملة وصحيحة. نحن نفهم ونقر بأنه قد تم نصحننا بموجب هذا بضرورة أن يخضع الطالب لتقييم القلب والأوعية الدموية، وهو ما قد يشمل اختبارات تشخيصية مثل مخطط كهربية القلب (ECG)، مخطط صدى القلب (ECHO)، و/أو اختبار جهد القلب.

لا يعتبر هذا النموذج صالحًا ما لم تكن جميع الأقسام مستكملة.



## PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION (Page 5 of 4)

This medical history form should be retained by the healthcare provider and/or parent.  
This form is valid for 365 calendar days from the date signed below.

EL2

Revised 3/23

لا يستخدم هذا النموذج أو يُطلب إلا إذا تمت إحالة طالب رياضي لتقييم إضافي قبل الحصول على موافقة طبية كاملة.

### نموذج أهلية طبية - نموذج مزود الخدمة المُحال

معلومات الطالب (تعباً من قبل الطالب والوالد) بحروف منفصلة واضحة

الإسم الكامل للطالب: \_\_\_\_\_ الجنس المحدد عند الولادة: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة / \_\_\_\_\_  
المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف في المدرسة \_\_\_\_\_ الألعاب الرياضية: \_\_\_\_\_  
عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل: \_\_\_\_\_  
اسم الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_ الإيميل: \_\_\_\_\_  
الاتصال في حالات الطوارئ (شخص): \_\_\_\_\_ صلته بالطالب: \_\_\_\_\_  
هاتف خلوي للاتصال في الطوارئ: (\_\_\_\_) هاتف العمل: (\_\_\_\_) هاتف آخر: (\_\_\_\_) مزود الرعاية الصحية  
للأسرة: \_\_\_\_\_ المدينة/الولاية: \_\_\_\_\_ هاتف المكتب: (\_\_\_\_) هاتف المنزل: \_\_\_\_\_

يُحال من أجل: \_\_\_\_\_ التشخيص: \_\_\_\_\_

أقر بهذا بأن التقييم والتقدير الذي أحيل من أجله هذا الطالب الرياضي قد أجري من قبلي شخصياً أو من قبل طبيب تحت إشرافي المباشر مع الاستنتاجات الموثقة أدناه:

مؤهل طبيًا لجميع الرياضات بدون قيود اعتبارًا من تاريخ التوقيع أدناه

مؤهل طبيًا لجميع الألعاب الرياضية دون قيود بعد استكمال الخطة العلاجية التالية: (استخدم ورقة إضافية، إذا لزم الأمر)

مؤهل طبيًا لممارسة رياضات معينة فقط كما هو موضح أدناه:

غير مؤهل طبيًا لأي نوع من أنواع الرياضة

توصيات أخرى (استخدم ورقة إضافية، إذا لزم الأمر)

اسم إحصائي الرعاية الصحية (بحروف منفصلة أو طباعة): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ الهاتف: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

توقيع إحصائي الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ أوراق الاعتماد \_\_\_\_\_ رقم الرخصة: \_\_\_\_\_

ختم المزود (إذا طلبته المدرسة)



المدرسة:

المنطقة التعليمية:

**الجزء 1: إقرار الطالب وإعفاء (بوقعه الطالب في الأسفل)**

لقد قرأت قواعد أهلية FHSAA (المكتفة) المطبوعة على الصفحة 5 من "شهادة الموافقة والإعفاء من المسؤولية" ولا أعرف سبباً لعدم أهليتي لتمثيل مدرستي في مسابقة رياضية بين المدارس. إذا تم قبولي كمتثل، فأنا أوافق على اتباع قواعد مدرستي و FHSAA والالتزام بقراراتهم. أعلم أن المشاركة الرياضية هي امتياز. أعرف المخاطر التي تنطوي عليها المشاركة الرياضية، وأدرك أن الإصابة الخطيرة، بما في ذلك احتمال حدوث ارتجاج، وحتى موت، ممكنة في مثل هذه المشاركة، وأقرر قبول مثل هذه المخاطر. أقبل طوعية أي وكل مسؤولية عن سلامتي وعافيتي أثناء المشاركة في الألعاب الرياضية، مع الفهم الكامل للمخاطر التي تنطوي عليها. إذا كان عمري 18 عاماً أو أكثر، أو يجب أن أحرر من والدي (والدي)/الوصي (الأوصياء)، فأنا أعفي وأخلي طرف مدرستي، والمدارس التي تتنافس ضدها، والمنطقة التعليمية، ومسؤولي المسابقة، و FHSAA من أي وجميع المسؤوليات عن أية إصابة أو مطالبة ناتجة عن هذه المشاركة الرياضية وأوافق على عدم اتخاذ أي إجراء قانوني ضد FHSAA بسبب أي حادث ينشأ عن مشاركتي الرياضية. أوافق بهذا على استخدام معلوماتي الصحية المحددة للهوية الفردية أو الإفصاح عنها في حالة ضرورة علاج المرض أو الإصابة. أمتنع بموجب هذا FHSAA الحق في مراجعة جميع السجلات ذات الصلة بأهليتي الرياضية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، سجلاتي المتعلقة بالتسجيل والحضور والموقف الأكاديمي والعمر والانضباط والشؤون المالية والإقامة واللياقة البدنية. أمتنع بموجب هذا الأطراف المخلية طرفها الحق في التصوير الفوتوغرافي و/أو تسجيل الفيديو لي وكذلك استخدام اسمي ووجهي وشبهي وصوتي ومظهري فيما يتعلق بالمعارض والدعاية والإعلان والمواد الترويجية والتجارية دون تحفظ أو تقييد. الأطراف المخلية طرفها، على أية حال، ليست ملزمة لممارسة الحقوق المذكورة هنا. أفهم أن الموافقات والحقوق الممنوحة هنا طوعية وأنه يجوز لي إلغاء أي منها أو جميعها في أي وقت عن طريق إرسال الإلغاء المذكور خطياً إلى مدرستي. على أية حال، فإنني أفهم من خلال القيام بذلك أنني لن أكون مؤهلاً بعد الآن للمشاركة في الألعاب الرياضية بين المدارس.

**الجزء 2: موافقة الوالد/الوصي، والإقرار والإبراء (يجب إكماله والتوقيع عليه من قبل الوالد (الوالدين)/الوصي (الأوصياء) في الأسفل؛ في حالة الطلاق أو الانفصال، يجب أن يوقع الوالد/الوصي).**

A. لأعطي بهذا موافقتي لطفلي/الاصغر تحت الوصاية على المشاركة في أي رياضة معترف بها أو مصادق عليها من قبل (FHSAA) باستثناء الرياضة (الرياضات) التالية:

أدرج الرياضات المستثناة هنا

- B. أنا أفهم أن المشاركة قد تتطلب الإخراج المبكر من الصفوف.
- C. أعلم وأقر بأن طفلي/الاصغر تحت الوصاية على دراية بالمخاطر التي تنطوي عليها المشاركة الرياضية بين المدارس، ويدرك أن الإصابة الخطيرة، وحتى الوفاة، ممكنة في هذه المشاركة وأقرر قبول أي وكل مسؤولية عن سلامته وعافيته أثناء المشاركة في الألعاب الرياضية. مع الفهم الكامل للمخاطر التي ينطوي عليها الأمر، أخلي طرف مدرسة طفلي/الاصغر تحت الوصاية، والمدارس التي تتنافس ضدها، والمنطقة التعليمية، ومسؤولي المسابقة، و FHSAA من أي وجميع المسؤوليات عن أي إصابة أو مطالبة ناتجة عن هذه المشاركة الرياضية وأوافق على عدم اتخاذ أي إجراء قانوني ضد FHSAA بسبب أي حادث ينشأ عن المشاركة الرياضية لطفلي/الاصغر تحت الوصاية. كما هو مطلوب في (1) F.S. 1014.06، أفوض تحديداً بتقديم خدمات الرعاية الصحية لطفلي/الاصغر تحت الوصاية من قبل ممارس رعاية صحية، على النحو المحدد في F. 456.001، أو شخص ما تحت الإشراف المباشر لممارس رعاية صحية، إذا دعت الحاجة إلى مثل هذا العلاج، ما دام طفلي/الاصغر تحت الوصاية تحت إشراف المدرسة. أوافق بهذا على استخدام معلومات طفلي/الاصغر تحت الوصاية المحددة للهوية الفردية أو الإفصاح عنها في حالة ضرورة علاج المرض أو الإصابة. أعطي بهذا FHSAA، بناء على طلبها، الحق في الكشف عن جميع السجلات ذات الصلة بأهلية طفلي/الاصغر تحت الوصاية الرياضية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، سجلاتي المتعلقة بالتسجيل والحضور والموقف الأكاديمي والعمر والانضباط والشؤون المالية والإقامة واللياقة البدنية. أمتنع بموجب هذا الأطراف المخلية طرفها الحق في التصوير الفوتوغرافي و/أو تسجيل الفيديو لطفلي/الاصغر تحت الوصاية وكذلك استخدام اسمي ووجهي وشبهي وصوتي ومظهري فيما يتعلق بالمعارض والدعاية والإعلان والمواد الترويجية والتجارية دون تحفظ أو تقييد. الأطراف المخلية طرفها، على أية حال، ليست ملزمة لممارسة الحقوق المذكورة هنا.
- D. أنا على دراية بالخطر المحتمل للارتجاج و/أو إصابات الرأس والرقبة في الألعاب الرياضية بين المدارس. لدي أيضاً معرفة بمخاطر الاستمرار في المشاركة بمجرد حدوث مثل هذه الإصابة دون موافقة طبية مناسبة.

أفهم هذا النموذج بالكامل وبغاية. أنت توافق على السماح لطفلك/الاصغر تحت الوصاية بالانخراط في نشاط خطر محتمل. أنت توافق على أنه، حتى لو كانت مدرسة طفلك/الاصغر تحت الوصاية، أو المدارس التي تتنافس ضدها، والمنطقة التعليمية، ومسؤولي المسابقة، و FHSAA تستخدم رعاية معقولة في توفير هذا النشاط، هناك فرصة قد يتعرض فيها طفلك/الاصغر تحت الوصاية للإصابة بشكل خطير أو للقتل من خلال المشاركة في هذا النشاط نظراً لوجود بعض المخاطر الكامنة في النشاط والتي لا يمكن تجنبها أو القضاء عليها. بتوقيعك على هذا النموذج، أنت تتنازل عن حق طفلك/الاصغر تحت الوصاية وحقك أنت في الاسترداد من مدرسة طفلك/الاصغر تحت الوصاية، والمدارس التي تتنافس ضدها، والمنطقة التعليمية، ومسؤولي المسابقة، و FHSAA، بما في ذلك الوفاة، التي تلحق بطفلك/الاصغر تحت الوصاية أو أي ضرر بالمتلكات ينتج عن المخاطر التي تشكل جزءاً طبيعياً من النشاط لتلك الحق في رفض التوقيع على هذا النموذج، ولمدرسة طفلك/الاصغر تحت الوصاية، والمدارس التي تتنافس ضدها، والمنطقة التعليمية، ومسؤولي المسابقة، و FHSAA الحق في رفض السماح لطفلك/الاصغر تحت الوصاية بالمشاركة إذا لم توقع على هذا النموذج.

E. أوافق على أنه، في حال رفعنا دعوى قضائية للحصول على تعويض زجري أو أي إجراء قانوني آخر يؤثر على طفلي/الاصغر تحت الوصاية (فردياً) أو مشاركة طفلي/الاصغر تحت الوصاية في مسابقات FHSAA State Series، يجب رفع مثل هذا الإجراء في محكمة مقاطعة Alachua، فلوريدا، Circuit Court.

F. أفهم أن الموافقات والحقوق الممنوحة هنا طوعية وأنه يجوز لي إلغاء أي منها أو جميعها في أي وقت عن طريق إرسال الإلغاء المذكور خطياً إلى مدرستي. على أية حال، فإنني أفهم من خلال القيام بذلك أنني لن أكون مؤهلاً بعد الآن للمشاركة في الألعاب الرياضية بين المدارس.

G- يرجى وضع إشارة في المربع (المربعات) المناسبة:

- طفلي/الاصغر تحت الوصاية مغطى في خطة التأمين الصحي للأسرة، التي لا تقل عن 25000 دولار.
- الشركة: \_\_\_\_\_ رقم البوليصا: \_\_\_\_\_
- طفلي/الاصغر تحت الوصاية مغطى في خطة التأمين الأساسي لأنشطة مدرسته/مدرستها.
- لقد اشتريت تأميناً تكميلياً لكرة القدم من خلال مدرسة طفلي/الاصغر تحت الوصاية.

لقد قرأت هذا بغاية وأعلم أنه يحتوي على إخلاء مسؤولية (مطلوب توقيع أحد الوالدين/الوصي فقط)

التاريخ	توقيع الوالد/الوصي	اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)
التاريخ	توقيع الوالد/الوصي	اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)
التاريخ	توقيع الطالب	اسم الطالب (بحروف منفصلة)





المدرسة: \_\_\_\_\_ المنطقة (إن وجدت): \_\_\_\_\_

### معلومات عن ارتجاج الدماغ

الارتجاج هو إصابة في الدماغ. تُعتبر الارتجاجات، وكذلك جميع إصابات الرأس الأخرى، خطيرة. يمكن أن يكون سببها نتوء، انحناء في الرأس، تباطؤ أو تسارع مفاجئ، ضربة أو هزة في الرأس، أو تلقي ضربة في جزء آخر من الجسم ما يتسبب في تأرجح الرأس بقوة. لا يمكنك رؤية الارتجاج، كما أن أكثر من 90 ٪ من جميع الارتجاجات تحدث دون فقدان الوعي. قد تظهر علامات وأعراض الارتجاج مباشرة بعد الإصابة أو قد تستغرق ساعات أو أيام لتظهر بشكل كامل. قد تكون جميع الارتجاجات خطيرة، وإذا لم تتم إدارتها بشكل صحيح، فقد تؤدي إلى مضاعفات بما في ذلك تلف الدماغ، وفي حالات نادرة، قد تؤدي إلى الموت. حتى "الرنين" أو نتوء في الرأس يمكن أن يكون خطير. إذا أبلغ طفلك عن أي أعراض للارتجاج، أو إذا لاحظت أعراض أو علامات الارتجاج بنفسك، فيجب إبعاد طفلك عن اللعب على الفور، وعرضه على أخصائي طبي لتقييم وضعه، وتبرئته من قبل طبيب.

### علامات وأعراض الارتجاج:

قد تظهر أعراض الارتجاج مباشرة بعد الإصابة أو قد تستغرق عدة أيام لتظهر. وقد أظهرت الدراسات أن الأمر يستغرق في المتوسط 10-14 يوماً أو أكثر لعلاج هذه الأعراض، وفي حالات نادرة أو إذا كان الرياضي يعاني من ارتجاجات متعددة، يمكن أن تطول الأعراض. يمكن أن تشمل علامات وأعراض الارتجاج ما يلي: (ليست شاملة كلياً)

- مشاكل في الرؤية
- قلة/ضبابية الوعي بالمحيط
- العواطف غير المتناسبة مع الظروف (البكاء أو الغضب غير المناسب)
- الصداع المستمر، والغثيان، والقيء
- تغير في الرؤية
- الحساسية تجاه الضوء أو الضوضاء
- تأخر الاستجابات اللفظية والحركية
- الارتباك أو التلعثم أو عدم اتساق الكلام
- الدوخة، بما في ذلك الدوار (الدوران)، أو فقدان التوازن (كونه غير متوازن أو إحساس كما لو أن يسبح)
- انخفاض القدرة على التنسيق، ووقت رد الفعل
- الارتباك وعدم القدرة على تركيز الانتباه
- فقدان الذاكرة
- تغيير مفاجئ في الأداء الأكاديمي أو انخفاض في الدرجات
- العصبية، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات النوم، وسهولة الاستثارة
- في حالات نادرة، فقدان الوعي

### مخاطر استمرار طفلك في اللعب وهو مُصاب بالارتجاج أو عاد للعب في وقت مبكر جداً بعد تعافيه:

يجب إبعاد الرياضيين الذين يعانون من علامات وأعراض الارتجاج عن أداء أي نشاط (اللعب أو التمرين) على الفور. الاستمرار في اللعب مع ظهور علامات وأعراض الارتجاج يجعل الرياضي الشاب عرضة بشكل خاص للإصابة بارتجاج آخر. الرياضيون الذين يصابون بارتجاج ثانٍ قبل علاج أعراض الارتجاج الأول وحصول الدماغ على فرصة للشفاء معرضون لخطر أعراض الارتجاج لفترات طويلة والعجز الدائم وحتى الموت (تسمى "متلازمة التأثير الثاني" حيث يتضخم الدماغ بشكل لا يمكن السيطرة عليه). هناك أيضاً أدلة على أن الارتجاجات المتعددة يمكن أن تؤدي إلى أعراض طويلة الأجل، بما في ذلك الخرف المبكر.

### الخطوات التي يجب اتخاذها إذا كنت تشك بإصابة طفلك بارتجاج:

يجب إبعاد أي رياضي يشتبه بأنه يعاني من ارتجاج في المخ عن النشاط على الفور. لا يجوز لأي رياضي العودة إلى النشاط بعد إصابة واضحة في الرأس أو ارتجاج، بغض النظر عن مدى خفة أو مدى سرعة ظهور الأعراض، دون الحصول على موافقة طبية خطية من أخصائي الرعاية الصحية المناسب (AHCP). في فلوريدا، يتم تعريف أخصائي الرعاية الصحية المناسب (AHCP) إما كطبيب مرخص (MD)، وفقاً للفصل 458، قوانين فلوريدا، أو طبيب تقويم العظام المرخص (DO)، وفقاً للفصل 459، قوانين فلوريدا. يجب أن تستمر المراقبة الدقيقة للرياضي لعدة ساعات. يجب عليك أيضاً طلب الرعاية الطبية وإبلاغ مدرب طفلك إذا كنت تعتقد أن طفلك قد يعاني من ارتجاج في المخ. تذكر أنه من الأفضل أن تفتك مباراة واحدة بدلاً من أن تتغير حياتك إلى الأبد. عندما تكون في شك، ابقهم خارج اللعبة.

### العودة إلى اللعب أو التمرين:

بعد تقييم الطبيب، تتطلب العودة إلى عملية النشاط أن يكون الرياضي مُعافي تماماً من الأعراض، وبعد ذلك سيكمل بروتوكولاً تدريجياً تحت إشراف مدرب رياضي مرخص أو مدرب أو أخصائي طبي ثم يحصل على موافقة طبية خطية من AHCP.

للحصول على معلومات حديثة ومحدثة عن الارتجاج، قم بزيارة <http://www.cdc.gov/concussioninyouthsports/> أو <http://www.seeingstarsfoundation.org>

### بيان مسؤولية الطالب الرياضي - الرياضي:

يجب أن يكون الآباء والطلاب على دراية بالأدلة الأولية التي تشير إلى تكرار الارتجاج، وحتى الضربات التي لا تسبب ارتجاجاً في الأعراض، قد تؤدي إلى تغيرات غير طبيعية في الدماغ لا يمكن رؤيتها إلا في تشريح الجثة (المعروف باسم اعتلال الدماغ الرضحي المزمن (CTE)). كانت هناك تقارير لإحدى الحالات تشير إلى تطور أعراض شبيهة بمرض باركنسون، والتصلب الجانبي الضموري (ALS)، وإصابات الدماغ الرضحية الشديدة، والاكتئاب، ومشاكل الذاكرة طويلة المدى التي قد تكون مرتبطة بتاريخ الارتجاج. هناك حاجة إلى مزيد من البحث حول هذا الموضوع قبل استخلاص أي استنتاجات.

أقر بالمطلوبات السنوية لطفلي/الخاضع لوصايتي بالاطلاع على "الارتجاج المرتبط في الرياضة" على [www.nfhslearn.com](http://www.nfhslearn.com). أتحمل مسؤولية الإبلاغ عن جميع الإصابات والأمراض إلى والدي أو طبيب الفريق أو

المدرّب الرياضي أو المدرّبين المرتبطين برياضتي، بما في ذلك أي علامات وأعراض للارتجاج. لقد قرأت وفهمت المعلومات المذكورة أعلاه عن الارتجاج. سأبلغ المدرّب المشرف أو المدرّب الرياضي أو طبيب الفريق على الفور إذا واجهت أيًا من هذه الأعراض أو شاهدت زميلاً في الفريق يعاني من هذه الأعراض. علاوة على ذلك، تم إخباري بالمخاطر أو المشاركة بالنسبة لي ولطفلي/الخاضع لوصايتي.

اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)	توقيع الوالد/ الوصي	التاريخ
اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)	توقيع الوالد/ الوصي	التاريخ
اسم الطالب (بحروف منفصلة)	توقيع الطالب	التاريخ



المنطقة (إن وجدت):

مدرسة:

## توقف القلب المفاجئ:

السكتة القلبية المفاجئة (SCA) هي السبب الرئيسي للوفاة المرتبطة بالرياضة. تحدث السكتة القلبية المفاجئة (SAC) عندما يتوقف القلب فجأة وبشكل غير متوقع عن النبض. عندما يحدث هذا يتوقف الدم عن التدفق إلى الدماغ والأعضاء الحيوية الأخرى. ولا تُعتبر SCA نوبة قلبية، فالنوبة القلبية قد تسبب SCA، لكنها ليست هي نفسها. تحدث النوبة القلبية بسبب انسداد يوقف تدفق الدم إلى القلب. أما بالنسبة لـ SCA فهي خلل في النظام الكهربائي للقلب، مما تسبب في توقف القلب فجأة عن النبض. يمكن أن تسبب SCA الموت إذا لم يتم علاجها في غضون دقائق.

ما مدى شيوع السكتة القلبية المفاجئة في الولايات المتحدة؟

هناك حوالي 350,000 سكتة قلبية تحدث خارج المستشفيات كل عام. أكثر من 10,000 شخص تحت سن 25 سنة يموتون من SCA كل عام. تُعد SCA القاتل رقم واحد للطلاب الرياضيين والسبب الرئيسي للوفاة في حرم المدرسة.

هل هناك علامات تحذير؟

على الرغم من أن SCA تحدث بشكل غير متوقع، إلا أن بعض الأشخاص قد يكون لديهم علامات أو أعراض، على سبيل المثال لا الحصر الدوخة أو الدوار أو الإغماء أو ضيق التنفس أو تسارع أو تباطؤ نبضات القلب/الخفقان أو التعب أو الضعف أو ألم/ضغط الصدر أو الضيق. قد تحدث هذه الأعراض قبل أو أثناء أو بعد النشاط. هذه الأعراض يمكن أن تكون غير واضحة ومربكة لدى الرياضيين. قد يتجاهل البعض العلامات أو يعتقدون أنها نتائج طبيعية للإرهاق البدني. إذا تم تشخيص الظروف التي تسبب SCA ومعالجتها قبل حدوث ما يهدد حياة الإنسان، يمكن التصدي للموت بفعل السكتة القلبية لدى العديد من الرياضيين الشباب.

ما هي مخاطر التمرين أو اللعب بعد التعرض لهذه الأعراض؟

هناك مخاطر كبيرة مرتبطة بمواصلة التمرين أو اللعب بعد مواجهة هذه الأعراض. قد تعني الأعراض أن هناك شيئاً خاطئاً ويجب فحص الرياضي قبل عودته إلى اللعب. عندما يتوقف القلب بسبب السكتة القلبية، كذلك يفعل الدم الذي يتدفق إلى الدماغ والأعضاء الحيوية الأخرى. يمكن أن يحدث الموت أو تلف دائم في الدماغ في بضع دقائق فقط. معظم الناس الذين يعانون من SCA يموتون إثرها؛ معدلات البقاء على قيد الحياة أقل من 10٪.

توصي FHSAA بشدة بإجراء تقييم طبي من قبل مزود الرعاية الصحية الخاص بك لعوامل خطر السكتة القلبية المفاجئة، والذي قد تشمل مخطط كهربية القلب.

تعمل FHSAA على المساعدة في الحفاظ على سلامة الطلاب والرياضيين أثناء ممارسة الرياضة أو اللعب من خلال نشر الثقافة عن SCA وإخطار أولياء الأمور بأنه يمكن طلب، على نفقتك الخاصة، مخطط كهربية القلب (EKG أو ECG) كجزء من الفحص البدني السنوي قبل المشاركة للكشف عن مشاكل القلب الخفية التي يمكن أن تؤدي إلى SCA.

لماذا لا يتم الكشف عن أمراض القلب التي تعرض الشباب للخطر؟

- تشير المنشورات إلى أن ما يصل إلى 90 ٪ من مشاكل القلب الأساسية يتم تفويتها عند استخدام التاريخ والفحص البدني فقط
- معظم أمراض القلب التي يمكن أن تؤدي إلى SCA لا يمكن اكتشافها عن طريق الاستماع إلى القلب باستخدام سماعة الطبيب أثناء الفحص البدني الروتيني؛ و
- في كثير من الأحيان، لا يبلغ الشباب عن أعراض حالة القلب المحتملة أو يدركونها.

ما هو مخطط كهربية القلب (EKG أو ECG)؟

EKG / ECG هو اختبار سريع وغير مؤلم وغير جراحي يقيس ويسجل لحظة في وقت النشاط الكهربائي للقلب. يتم إرفاق بقع قطب صغير على جلد صدرك والذراعين والساقين من قبل أخصائي. يوفر EKG / ECG معلومات حول بنية القلب ووظيفته ومعدل ضربات القلب وإيقاعه.

لماذا يُعتبر طلب EKG/EKG جزء من الفحص البدني السنوي قبل المشاركة؟

يمكن أن تشير إضافة EKG/EKG إلى التاريخ والفحص البدني السنوي قبل المشاركة إلى مزيد من الاختبارات أو المساعدة في تحديد أمراض القلب التي يمكن أن تؤدي إلى SCA. يمكن طلب EKG/EKG من قبل مزود الرعاية الصحية للأسرة من فحص أمراض القلب والأوعية الدموية أو لمجموعة متنوعة من الأعراض مثل ألم الصدر أو الخفقان أو الدوخة أو الإغماء أو التاريخ الأسري لأمراض القلب.

- يجب النظر في فحوصات EKG/EKG كل 1-2 سنوات لأن القلوب الشابة تنمو وتتغير.
- قد تزيد فحوصات EKG/EKG من الحساسية للكشف عن أمراض القلب غير المشخصة ولكنها قد لا تمنع SCA.
- يجب تقييم فحوصات EKG/EKG مع نتائج غير طبيعية من قبل أطباء مربين.
- إذا كان فحص EKG/EKG يحتوي على نتائج غير طبيعية، فقد يلزم إجراء اختبار إضافي (مع التكلفة والمخاطر المرتبطة به) قبل إجراء التشخيص وقد يمنع الطالب من المشاركة في الرياضة لفترة قصيرة من الوقت حتى يتم الانتهاء من الاختبار، ويمكن تقديم توصيات أكثر تحديداً.
- يمكن أن يكون لـ EKG/EKG نتائج إيجابية خاطئة، مما يشير إلى وجود خلل غير موجود بالفعل (تحدث النتائج الإيجابية الخاطئة أقل عندما تتم قراءة EKG/EKG من قبل ممارس طبي بارع في تفسير EKG/EKG للأطفال والمراهقين والرياضيين الشباب).
- يؤدي EKG/EKG إلى عدد أقل من النتائج الإيجابية الخاطئة من مجرد استخدام التاريخ الحالي والفحص البدني.

لا توصي إرشادات الكلية الأمريكية لأمراض القلب/جمعية القلب الأمريكية بإجراء EKG/EKG للمرضى الذين لا يعانون من أعراض، ولكنها تدعم البرامج المحلية التي يمكن فيها تطبيق EKG/EKG بموارد عالية الجودة.

الإبعاد عن اللعب/العودة إلى اللعب

يجب إبعاد أي طالب رياضي لديه علامات أو أعراض SCA عن اللعب (والذي يشمل جميع الأنشطة الرياضية). يمكن أن تحدث الأعراض قبل أو أثناء أو بعد النشاط. قبل العودة إلى اللعب، يجب تقييم الرياضي وأخذ موافقة الطبيب. يجب أن تكون الموافقة على العودة إلى اللعب خطية. يجب إجراء التقييم من قبل طبيب مرخص أو ممرض ممارس معتمد أو طبيب قلب (طبيب قلب). يجوز للطبيب المرخص أو ممارس التمريض المعتمد استشارة أي مهنيين طبيين مرخصين أو معتمدين آخرين.

بتوقيع هذه الاتفاقية، أقر بالمتطلبات السنوية لطفلي/ الخاضع لوصايتي بالاطلاع على مسار "السكتة القلبية المفاجئة" على [www.nghslearn.com](http://www.nghslearn.com). أقر بأن المعلومات حول السكتة القلبية المفاجئة قد تمت قراءتها وفهمها. لقد تم إخباري بمخاطر المشاركة بالنسبة لي ولطفلي/ الخاضع لوصايتي.

التاريخ

توقيع الوالد/ الوصي

اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)

التاريخ

توقيع الوالد/ الوصي

اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)

التاريخ

توقيع الطالب

اسم الطالب (بحروف منفصلة)



المدرسة: \_\_\_\_\_ المنطقة (إن وُجدت): \_\_\_\_\_

### معلومات حول الأمراض المتعلقة بالحرارة

الأمراض المرتبطة بالحرارة هي مصدر قلق للطلاب الرياضيين الذين يشاركون في الألعاب الرياضية في المدارس الثانوية في ولاية فلوريدا. الطلاب الذين يشاركون في تكييف وممارسات في أشهر الصيف وأوقات أخرى تنسم بالحرارة الشديدة هم أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض. يعاني الطلاب الرياضيون من أمراض مرتبطة بالحرارة عندما لا تستطيع أجسامهم تبريد أنفسهم بشكل صحيح عن طريق التعرق. التعرق هو تكييف الهواء الطبيعي في الجسم، ولكن عندما ترتفع درجة حرارة جسم الإنسان بسرعة، فإن التعرق لا يكفي. يمكن أن تكون الأمراض المرتبطة بالحرارة خطيرة ومهددة للحياة. قد تؤدي درجات حرارة الجسم المرتفعة جدًا إلى تلف الدماغ أو الأعضاء الحيوية الأخرى ويمكن أن تسبب الإعاقة وحتى الموت. إلا أنه يُمكن الوقاية من الأمراض والوفيات المرتبطة بالحرارة.

ما هي بعض الإصابات الشائعة المرتبطة بالحرارة عند ممارسة الرياضة؟

**ضربة الحرارة المفرطة (EHS):** هي أخطر الأمراض المرتبطة بالحرارة. وهي حالة طارئة. يحدث ذلك عندما ترتفع درجة حرارة الجسم بسرعة، ولا يمكن للجسم أن يبرد. يمكن أن يموت الطلاب الرياضيون أو يصبحوا معاقين بشكل دائم نتيجة EHS إذا لم يتم إدراكها وإدارتها بشكل صحيح. EHS هي واحدة من الأسباب الرئيسية للوفاة لدى الرياضيين الشباب، وخاصة في ولاية فلوريدا. المعياران الرئيسيان لتشخيص EHS هما درجة حرارة المستقيم < 105F (40.5C) مباشرة بعد انهيار وخلل الجهاز العصبي المركزي (CNS). هناك العديد من العلامات والأعراض المرتبطة بـ EHS. يجب على الآباء والطلاب الرياضيين التعرف على هذه من خلال عرض موارد الفيديو المجانية التي يقدمها الاتحاد الوطني للرياضة في المدارس الثانوية (NFHS) أو FHSAA.

- يمكن الوقاية من EHS من خلال اتخاذ الاحتياطات المناسبة وفهم أعراض الشخص الذي أصيب بالمرض بفعل الحرارة.
- يمكن النجاة من EHS عندما يقوم الموظفون باتخاذ إجراءات سريعة تشمل التعرف المبكر على الأعراض والغمر في الماء البارد.

**الإرهاق الحراري (EHI):** الإرهاق الحراري هو الحالة الأكثر شيوعًا المرتبطة بالحرارة التي لوحظت في المجموعات النشطة بما في ذلك الطلاب الرياضيين. EHI هو نوع من الأمراض المرتبطة بالحرارة. يتم تعريف EHI على أنه عدم القدرة على مواصلة التمرين في الحرارة لأن القلب يواجه صعوبة في توفير ما يكفي من الدم المؤكسج لجميع الأعضاء والعضلات العاملة. عادةً ما يتطور بعد عدة أيام من التمرين أو التكييف في الطقس ذي درجة الحرارة العالية وعدم شرب ما يكفي من السوائل.

**تشنجات الحرارة:** تشنجات الحرارة مؤلمة، تشنجات لا إرادية في كثير من الأحيان في الساقين والذراعين، أو البطن مع تقلص العضلات. يحدث التشنج عادة في مرحلة التكييف قبل الموسم عندما لا يكون الجسم مهيبًا بشكل صحيح وأكثر عرضة للتعجب. يُمكن علاج تشنجات الحرارة بسهولة من خلال الحصول على قسط من الراحة، وتمدد العضلات، واستبدال السوائل والأملاح. الآلية الدقيقة لتقلصات العضلات في الظروف البيئية الدافئة غير معروفة ولكن يمكن أن تحدث بشكل حاد بسبب الجفاف الشديد وفقدان الصوديوم أو بشكل مزمن عن طريق الأملاح غير الكافية في النظام الغذائي للشخص الرياضي. على الرغم من أن تشنجات الحرارة ليست سببًا للموت المفاجئ، إلا أنه يمكن الخلط بينها وبين الحالة الأكثر خطورة، فقر الدم المنجلي.

هل طفلي في خطر؟

نعم، جميع الطلاب الرياضيين عرضة لضربة شمس مجهدة وغيرها من الإصابات المرتبطة بالحرارة. في حين أن كل طالب رياضي يمكن أن يستسلم لـ EHS، فإن البيانات الأحدث تُشير إلى ارتفاع حالات الإصابة بضربة شمس مجهدة لدى لاعبي كرة القدم، وخاصة أولئك الذين يلعبون في وضع Lineman وكذلك الأمر بالنسبة للعائدين لمسافات طويلة. تشير الأبحاث أيضًا إلى أن العديد من تقارير حالات الطوارئ المتعلقة بـ EHS تكون خلال جلسات التكييف الصيفية أو قبل الموسم. تشمل الظروف الأخرى التي يمكن أن تزيد من خطر الإصابة بالأمراض المرتبطة بالحرارة السمنة والحمى والجفاف وضعف الدورة الدموية وحرور الشمس وتعاطي المخدرات أو الكحول.

ما الذي تفعله FHSAA للحفاظ على سلامة طلابي؟

نشرت FHSAA السياسة 41، بعنوان "مرض الحرارة المفرطة". توفر هذه السياسة إجراءات محددة للمدارس لتتقيد الطلاب الرياضيين وأولياء الأمور حول EHI وكذلك استراتيجيات لمنع هذه الإصابات. كما توفر سياسة 41 FHSAA إجراءات للمدارس لمتابعة التأقلم قبل الموسم، والرصد البيئي، ودمج مناطق التبريد لإدارة الطالب الرياضي الذي يعاني من إصابة بالحرارة. كما توفر سياسة 41 FHSAA إجراءات للمدارس لمتابعة التأقلم قبل الموسم، والرصد البيئي، ودمج مناطق التبريد لإدارة الطالب الرياضي الذي يعاني من إصابة بالحرارة.

كيف يمكنني المساعدة في الحفاظ على سلامة طلابي عندما يتعلق الأمر بالحرارة؟

• تعرف على المزيد حول الإصابات المرتبطة بالحرارة في الألعاب الرياضية على <https://www.nfhs.org/media/1015695/ksi-5-pillars-of-exertional-heat-stroke-prevention-2015.pdf>

- ناقش مواضيع حول التغذية، والترطيب المناسب، ووزن الجسم، وأهمية النوم والراحة مع مزود الرعاية الصحية لأسرتك في الوقت المناسب لممارسة الرياضة البدنية
- تحدث إلى مدرسك ومدربك حول الضمانات التي لديهم للحفاظ على سلامة الأطفال في الحرارة وما سيفعلونه لشخص مريض أو مصاب
- راقب كمية السوائل التي يتناولها الطالب أثناء وجوده في المنزل وتحقق بشكل روتيني مع الطالب الرياضي للاستفسار عن شعوره
- الإبلاغ عن أي مخاوف مع المدرب الرياضي لمدرستك أو طبيب الفريق أو المدرب أو مزود الرعاية الصحية لأسرتك

بتوقيع هذه الاتفاقية، أقر بالمتطلبات السنوية لطفلي/ الخاضع لوصاياتي بالاطلاع على مسار "الوقاية من أمراض الحرارة" على [www.nghslearn.com](http://www.nghslearn.com). أقر بأن المعلومات المتعلقة بالأمراض المرتبطة بالحرارة قد تمت قراءتها وفهمها. لقد تم إخباري بمخاطر المشاركة بالنسبة لي ولطفلي/ الخاضع لوصاياتي.

اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)	توقيع الوالد/ الوصي	التاريخ
اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)	توقيع الوالد/ الوصي	التاريخ
اسم الطالب (بحروف منفصلة)	توقيع الطالب	التاريخ



المنطقة (إن وجدت):

المدرسة:

### عناية الطالب وأولياء الأمور/الوصي

مدرستك هي عضو في جمعية فلوريدا الثانوية لألعاب القوى (FHSAA) وتتبع القواعد المعمول بها. لكي تكون مؤهلاً لتمثيل مدرستك في ألعاب القوى بين المدارس، في رياضة معترف بها و/أو معتمدة من FHSAA، فإن الطالب:

1. يجب إكمال EL3 لكل مدرسة يشارك فيها الطالب؛ هذا النموذج غير قابل للنقل.
  2. يجب إظهار الروح الرياضية الجيدة واتباع قواعد المنافسة قبل وأثناء وبعد كل مسابقة يشارك فيها الطالب. إذا لم يكن الأمر كذلك، فقد يتم إيقاف الطالب عن المشاركة لفترة من الوقت. (قانون 7.1 من FHSAA)
  3. لا يجوز تقديم معلومات خاطئة إلى مدرسته أو إلى FHSAA للحصول على الأهلية. (قانون 9.1.1.2 من FHSAA)
  4. يجب أن تكون مسجلاً بانتظام وحضورك منتظم في مدرستك. إذا كان الطالب طالباً في التعليم المنزلي، أو طالباً في مدرسة مستقلة، أو طالباً في مدرسة بديلة/خاصة، أو طالباً في مدرسة خاصة غير عضو، أو طالباً في البرنامج العام بدوام كامل في مدرسة فلوريدا الافتراضية، فيجب على الطالب أن يعلن كتابياً عن نيته للمشاركة في ألعاب القوى إلى المدرسة لكي يسمح له بالمشاركة. يجب على طلاب التعليم المنزلي والطلاب المتحققين بمدرسة خاصة غير الأعضاء إكمال الأوراق الإضافية قبل المشاركة. (القانون 9.2 من FHSAA، سياسة 16.6 من FHSAA، والإجراءات الإدارية 1.8)
  5. يجب الالتحاق بالمدرسة خلال العشرة (10) أيام الأولى من بداية كل فصل دراسي ليكون مؤهلاً خلال ذلك الفصل الدراسي. (القانون 9.2.3 من FHSAA)
  6. يجب الحفاظ على معدل تراكمي 2.0 على الأقل على مقياس 4.0 (غير مرجح) قبل الفصل الدراسي الذي يرغب الطالب في المشاركة فيه. يجب أن يشمل هذا المعدل التراكمي جميع الدورات التي تم أخذها منذ دخول الطالب الصف التاسع. يجب أن يكون طالب الصف السادس أو السابع أو الثامن قد حصل على معدل تراكمي 2.0 على الأقل على مقياس 4.0 (غير مرجح) خلال الفصل الدراسي السابق. (القانون 9.4.1 من FHSAA وFS 1006.15(3))
  7. ألا يكون قد تخرج من أي مدرسة ثانوية أو ما يعادلها. (قانون 9.4.7 من FHSAA)
  8. ألا يكون قد التحق بالصف التاسع لأول مرة منذ أكثر من ثمانية فصول دراسية متتالية. لا يجوز لطالب الصف السادس أو السابع أو الثامن المشاركة في أي مستوى إذا كان الطالب يُعيد مستوى الصف هذا. (قانون 9.5 من FHSAA)
  9. يجب ألا يبلغ سن 19 عاماً قبل 1 يوليو للمشاركة على مستوى المدرسة الثانوية؛ يجب ألا يبلغ سن 16 عاماً قبل 1 يوليو للمشاركة على مستوى المدرسة الثانوية الإعدادية؛ ويجب ألا يبلغ سن 15 عاماً قبل 1 يوليو للمشاركة على مستوى المدرسة المتوسطة، وإلا يصبح الطالب غير مؤهل بشكل دائم. (قانون 9.6 من FHSAA)
  10. يجب أن يخضع لتقييم بدني قبل المشاركة وأن يكون معتمد على أنه مناسب جسدياً للمشاركة في ألعاب القوى بين المدارس على نموذج (EL2) مقدم إلى المدرسة. (قانون 9.7 من FHSAA وFS 1002.20(17)ب)
  11. يجب أن يكون قد وقّع على إذن للمشاركة من والد(الوالدي) الطالب/الوصي (الأوصياء) على نموذج (EL3) مقدم إلى المدرسة. (قانون 9.8 من FHSAA)
  12. يجب أن يكون هاوياً. وهذا يعني أنه يجب على الطالب عدم قبول المال أو الهدايا أو التبرعات للمشاركة في الرياضة، أو استخدام اسم آخر غير اسمه عند المشاركة. (قانون 9.9 من FHSAA)
  13. يجب ألا يشارك في مسابقة كل النجوم في رياضة قبل استنفاد أهليته في المدرسة الثانوية في تلك الرياضة. (سياسة 26 من FHSAA)
  14. يجب أن تتم الموافقة على تبادل الشباب، والطلاب الدوليين الآخرين، والطلاب المهاجرين من قبل مكتب FHSAA قبل المشاركة. (سياسة 17 من FHSAA)
  15. يجب الامتناع عن المضايقة/التنمر أثناء وجود عضو في فريق رياضي أو أثناء المشاركة في أي أنشطة رياضية ترعاها مدرسة عضو أو تابعة لها.
- إذا تم إعلان أو الحكم على الطالب أنه غير مؤهل بسبب واحد أو أكثر من قوانين ولوائح FHSAA، يحق للطالب أن يطلب من المدرسة تقديم استئناف نيابة عن الطالب. راجع المدير الرئيسي أو الرياضي للحصول على معلومات حول هذه العملية.

من خلال التوقيع على هذه الاتفاقية، يقر الموقعون أناه بأن المعلومات الواردة في شهادة الموافقة والإعفاء من المسؤولية فيما يتعلق بالقوانين والأهلية المعمول بها في FHSAA قد تمت قراءتها وفهمها.

اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)	توقيع الوالد/ الوصي	التاريخ
اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة)	توقيع الوالد/ الوصي	التاريخ
اسم الطالب (بحروف منفصلة)	توقيع الطالب	التاريخ



## تقرير أمراض القلب: إجازة مخطط كهربية القلب (ECG)

أولياء الأمور/الأوصياء: يمكن أن تساعد شاشة ECG (يُشار إليها أيضًا باسم EKG) في تحديد الرياضيين الشباب المعرضين لخطر الموت القلبي المفاجئ، وهي حالة ينتج فيها الموت عن فقدان مفاجئ لوظيفة القلب. قد يساعد فحص تخطيط القلب في تشخيص العديد من أمراض القلب المختلفة التي قد تسهم في السكتة القلبية المفاجئة. وفقًا لسياسة مجلس المدرسة ل: الأنشطة اللامنهجية، يطلب مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا من كل طالب رياضي يرغب في المشاركة في ألعاب القوى في المدرسة الثانوية إجراء فحص واحد لتخطيط كهربية القلب (ECG) قبل المشاركة في أول رياضة له في المدرسة الثانوية. يُمكن إكمال تخطيط كهربية القلب الأولي من قبل أي طبيب مرخص، بما في ذلك طبيب الرعاية الأولية، أو طبيب الأطفال، أو مساعد الطبيب المرخص، أو ممارس ممرض متقدم معتمد. إذا عاد مخطط كهربية القلب بنتائج غير طبيعية، فلا يجوز للطالب المشاركة إلا بعد الحصول على موافقة من طبيب القلب أو طبيب قلب للأطفال.

معلومات الطالب: (بحروف منفصلة رجاءً)

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ رقم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

توقيع الوالد/الوصي \_\_\_\_\_ اسم الوالد/الوصي بحروف منفصلة \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

إذا تم الانتهاء من تخطيط القلب الخاص بك من قبل Who We Play For، Orlando Health، Advent Health، أو Nemours، يمكنك التوقف هنا. أرسل البريد الإلكتروني الذي تلقينته من المؤسسة إلى Athletic Clearance، مع إكمال الجزء العلوي من هذا النموذج. يجب تقديم كل من البريد الإلكتروني وهذا النموذج مع استكمال الجزء العلوي.

يجب على مخطط كهربية القلب الذي يتم إجراؤه بواسطة PCP أو مركز الرعاية العاجلة أو مستوصف عام إكمال النموذج أدناه

تعليمات الطبيب: يجب إكمال هذا النموذج بواسطة مزود رعاية صحية مناسب (AHCP) مدرب على أحدث إرشادات تفسير ECG. يُوصى بتفسير قراءات تخطيط القلب بناءً على المعايير الدولية (<https://uwsportscardiology.org/>). بعد إكمال مخطط كهربية القلب وتفسيره، اختر المربع المناسب أدناه. إذا تم تفسير مخطط كهربية القلب على أنه طبيعي، فقم بإكمال إجازة مخطط كهربية القلب الطبيعي. إذا تم تفسير مخطط كهربية القلب الأولي على أنه غير طبيعي، فيجب إحالة الطالب إلى طبيب قلب. يمكن لطبيب القلب فقط السماح لطالب لديه تفسير تخطيط قلب غير طبيعي.

### إجازة مخطط كهربية القلب الطبيعي:

(يتم إكمالها بالكامل من قبل طبيب مرخص، PA أو ARNP)

أقر بموجب هذا أن مخطط كهربية القلب قد تم إجراؤه بنفسه أو بواسطة فرد تحت إشرافي المباشر مع الاستنتاج التالي:

مخاطر منخفضة/مسموح بالمشاركة

توقيع الطبيب/ PA / ARNP \_\_\_\_\_ اسم الطبيب/ PA / ARNP (اكتب بحروف منفصلة) \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

ختم مكتب الطبيب: \_\_\_\_\_ هاتف: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

إذا كان تخطيط كهربية القلب غير طبيعي وتمت إحالة الطالب إلى أمراض القلب. اسم الطبيب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

**إجازة مخطط كهربية القلب غير الطبيعي:**

(يتم إكماله بالكامل من قبل طبيب القلب أو طبيب القلب للأطفال)

إذا كان فحص تخطيط القلب غير طبيعي وتم تقييم الطالب في وقت لاحق من قبل طبيب القلب أو طبيب القلب للأطفال.

أقر بموجب هذا أن الطالب أعلاه قد خضع لتقييم القلب وتم السماح له بالمشاركة الرياضية من منظور القلب.

توقيع طبيب قلب/طبيب قلب أطفال اسم طبيب قلب/طبيب قلب أطفال (اكتب بحروف منفصلة) التاريخ

ختم مكتب أمراض القلب: هاتف:

العنوان: المدينة: الرمز البريدي:



## موافقة على العلاج في حالات الطوارئ

بطاقة موافقة على العلاج في حالات الطوارئ - اللغة العربية (بحروف منفصلة رجاءً)	مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا
الاسم القانوني للرياضي: _____ المدرسة: _____ الصف: _____	
تاريخ ميلاد الرياضي: _____ تاريخ آخر جرعة للكزاز: _____	
طفلي لديه حساسية من الأدوية التالية: _____	
يعاني طفلي من الحساسية التالية: _____	
يرجى تحديد أي إصابات أو أمراض خطيرة تعرض لها طفلك: _____	
* جهة الاتصال في حالات الطوارئ   الاسم كامل: _____ صلته بالطفل: _____ هاتف: _____	
الاسم كامل: _____ صلته بالطفل: _____ هاتف: _____	
** يجب توفير صورة الهوية عند الطلب عند اصطحاب الطفل **	
أنت تدرك أن التأمين الذي يقدمه مجلس مدارس مقاطعة أورانج في ولاية فلوريدا (مدارس مقاطعة أورانج العامة) هو سياسة ثانوية ولن تدفع إلا بعد دفع التأمين الأساسي. أنت تدرك أيضاً أن طفلك مشمول بتغطية مجلس مدارس مقاطعة أورانج في ولاية فلوريدا (مدارس مقاطعة أورانج العامة) للتأمين الرياضي فقط خلال الموسم (المواسم) المحددة من قبل FHSAA. يُرجى اختيار واحد: <input type="checkbox"/> طفلي / الخاضع لوصائتي ليس لديه تأمين <input type="checkbox"/> أنا أحمل تأميناً لطفلي / الخاضع لوصائتي	
معلومات طبية   طبيب الرعاية الأولية: _____ العنوان: _____ هاتف: _____	
إذا كنت لا تحمل التأمين	
على هذا الرياضي؛ اكتب "لا شيء" اسم مزود التأمين الأساسي: _____ رقم السياسة: _____	
عنوان مزود التأمين الأساسي: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ هاتف: _____	
أنت تدرك أنه إذا قام أحد الوالدين/الوصي أو الطالب بتزوير أي توقيع أو معلومات على بطاقة العلاج الطبي في حالات الطوارئ، فسيتم إعلان أن الطالب غير مؤهل للمشاركة في أي نشاط بين المدارس بموجب مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا لمدة سنة تقويمية كاملة من تاريخ الإفصاح. كما أنك تمنح الإذن لموظفي المدرسة المناسبين ومن ينوب عنهم لتقديم العلاج الطبي أو التصريح بالعلاج الطبي من قبل مستشفى و/أو طبيب وتوافق على عدم الإضرار بمجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا وموظفيها في إدارة هذه المساعدة. أقر وأشهد بموجب هذا أنني قرأت وثيقة الطوارئ الطبية، وأني أفهم وأوافق على شروطها؛ قوانين فلوريدا (92.525) "بموجب عقوبات الحنث باليمين، أقر بأنني قرأت ما سبق وأن الحقائق المذكورة فيها صحيحة" أوافق على الالتزام بشروطها وقد رجعت وشرحت الإخطار مع طفلي.	
توقيع الوالد/الوصي _____ اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة) _____ تاريخ التوقيع _____	
عنوان الشارع الفعلي: _____ المدينة: _____ فلوريدا _____ الرمز البريدي: _____	
رقم هاتف جهة الاتصال: _____ هاتف العمل: _____ هاتف آخر: _____	

## يرجى إكمال البطاقتين بالكامل

بطاقة موافقة على العلاج في حالات الطوارئ - اللغة الإنجليزية (يرجى الكتابة بحروف منفصلة)	مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا
الاسم القانوني للرياضي: _____ المدرسة: _____ الصف: _____	
تاريخ ميلاد الرياضي: _____ تاريخ آخر جرعة للكزاز: _____	
طفلي لديه حساسية من الأدوية التالية: _____	
يعاني طفلي من الحساسية التالية: _____	
يرجى تحديد أي إصابات أو أمراض خطيرة تعرض لها طفلك: _____	
* جهة الاتصال في حالات الطوارئ   الاسم كامل: _____ صلته بالطفل: _____ هاتف: _____	
الاسم كامل: _____ صلته بالطفل: _____ هاتف: _____	
** يجب توفير صورة الهوية عند الطلب عند اصطحاب الطفل **	
أنت تدرك أن التأمين الذي يقدمه مجلس مدارس مقاطعة أورانج في ولاية فلوريدا (مدارس مقاطعة أورانج العامة) هو سياسة ثانوية ولن تدفع إلا بعد دفع التأمين الأساسي. أنت تدرك أيضاً أن طفلك مشمول بتغطية مجلس مدارس مقاطعة أورانج في ولاية فلوريدا (مدارس مقاطعة أورانج العامة) للتأمين الرياضي فقط خلال الموسم (المواسم) المحددة من قبل FHSAA. يُرجى اختيار واحد: <input type="checkbox"/> طفلي / الخاضع لوصائتي ليس لديه تأمين <input type="checkbox"/> أنا أحمل تأميناً لطفلي / الخاضع لوصائتي	
معلومات طبية   طبيب الرعاية الأولية: _____ العنوان: _____ هاتف: _____	
إذا كنت لا تحمل التأمين	
على هذا الرياضي؛ اكتب "لا شيء" اسم مزود التأمين الأساسي: _____ رقم السياسة: _____	
عنوان مزود التأمين الأساسي: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ هاتف: _____	
أنت تدرك أنه إذا قام أحد الوالدين/الوصي أو الطالب بتزوير أي توقيع أو معلومات على بطاقة العلاج الطبي في حالات الطوارئ، فسيتم إعلان أن الطالب غير مؤهل للمشاركة في أي نشاط بين المدارس بموجب مجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا لمدة سنة تقويمية كاملة من تاريخ الإفصاح. كما أنك تمنح الإذن لموظفي المدرسة المناسبين ومن ينوب عنهم لتقديم العلاج الطبي أو التصريح بالعلاج الطبي من قبل مستشفى و/أو طبيب وتوافق على عدم الإضرار بمجلس مدارس مقاطعة أورانج بولاية فلوريدا وموظفيها في إدارة هذه المساعدة. أقر وأشهد بموجب هذا أنني قرأت وثيقة الطوارئ الطبية، وأني أفهم وأوافق على شروطها؛ قوانين فلوريدا (92.525) "بموجب عقوبات الحنث باليمين، أقر بأنني قرأت ما سبق وأن الحقائق المذكورة فيها صحيحة" أوافق على الالتزام بشروطها وقد رجعت وشرحت الإخطار مع طفلي.	
توقيع الوالد/الوصي _____ اسم الوالد/الوصي (بحروف منفصلة) _____ تاريخ التوقيع _____	
عنوان الشارع الفعلي: _____ المدينة: _____ فلوريدا _____ الرمز البريدي: _____	
رقم هاتف جهة الاتصال: _____ هاتف العمل: _____ هاتف آخر: _____	