

School District of New London

DISTRICT ADMINISTRATION OFFICE

901 West Washington Street Phone (920) 982-8530
New London, WI 54961 Fax (920) 982-8551

Scott Bleck, District Administrator
Kandi Martin, Director of Pupil Services
Joseph Marquardt, Director of Business Services

sbleck@newlondon.k12.wi.us
kmartin@newlondon.k12.wi.us
jmarquar@newlondon.k12.wi.us

EQUAL OPPORTUNITIES IN EMPLOYMENT - CURRICULUM - ACTIVITIES

New London High School 920-982-8420
920-982-8440 (FAX)
Catalyst Academy 920-982-8686
920-982-8440 (FAX)

New London Middle School 920-982-8532
920-982-8605 (FAX)

Activity Limitation and Physical Education Excuse Form

Date _____ Student Name _____ DOB _____ Grade _____

Parent Name _____ Phone _____

COMPLETED BY Physician/Provider/High School Athletic Trainer:

Description of injury/illness: _____ State education law requires that all students be enrolled in a course of physical education. The physical education program is planned so that every student in school should be able to benefit from some phase of this program. Since we wish to do what is best for each student, we will attempt to modify our activities to meet the specific restrictions of the student.

Recommendations:

___ See attached note regarding CONCUSSION protocol/guidelines/restrictions

___ **NO PARTICIPATION** in any activity which includes: **RECESS, PE, SPORTS, ACTIVITIES** until (date): _____

___ **Modified participation** IN ALL ACTIVITY which include **RECESS, PE, SPORTS, ACTIVITIES** until (date): _____
(Please specify activities allowed to participate in below):

- () Walking/Treadmill () Running/jogging () Stationary bike () Upper body activities i.e.: pushups, pulls ups, throwing
() Upper body strength training _____ # limit () Lower body strength training _____ # limit
() Rehabilitation (Include exercise prescription)

___ **NO RESTRICTIONS** at this time. Allowed to participate in all activities.

***Additional accommodations needed:

- () Ice needed: apply ice for _____ minutes every _____ hours
() Elevator Pass needed: for _____ days (HS only)
() Extra rest or elevation needed: elevate for _____ minutes every _____ hours

() **MUST BE CLEARED** by YOUR Physician to be allowed to return to PE/Activities/Sports

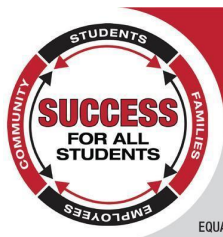
() **MUST BE CLEARED** by the High School Trainer to be allowed to return to PE/Activities/Sports

Specific recommendations and comments:

Physician/Provider Name _____ Phone Number: _____

Signature _____ Date: _____

Athletic Trainer Name: **Jake Lyman** Signature _____ Date: _____



School District of New London

DISTRICT ADMINISTRATION OFFICE

901 West Washington Street Phone (920) 982-8530
New London, WI 54961 Fax (920) 982-8551

Scott Bleck, District Administrator
Kandi Martin, Director of Pupil Services
Joseph Marquardt, Director of Business Services

sbleck@newlondon.k12.wi.us
kmartin@newlondon.k12.wi.us
jmarquar@newlondon.k12.wi.us

EQUAL OPPORTUNITIES IN EMPLOYMENT - CURRICULUM - ACTIVITIES

Preparatoria New London 920-982-8420
920-982-8440 (FAX)
Academia Catalyst 920-982-8686
920-982-8440 (FAX)

Secundaria New London 920-982-8532
920-982-8605 (FAX)

Formulario de Limitación de Actividades y Justificación de Educación Física

Fecha _____ Nombre del Estudiante _____ DOB _____ Grado _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Numero Telefonico _____

COMPLETADO POR Médico/Proveedor/Entrenador deportivo de la escuela secundaria:

Descripción de la lesión/enfermedad: _____ La ley de educación estatal exige que todos los estudiantes estén inscritos en un curso de educación física. El programa de educación física está planificado de manera que todos los estudiantes de la escuela puedan beneficiarse de alguna fase de este programa. Como deseamos hacer lo mejor para cada estudiante, intentaremos modificar nuestras actividades para cumplir con las restricciones específicas del estudiante.

Recomendaciones:

____ Ver nota adjunta sobre protocolo/pautas/restricciones de CONMOCIÓN CEREBRAL

____ **NO se permite** participar en ninguna actividad que incluya: RECREO, EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES hasta el (fecha): _____

____ **Participación modificada** EN TODAS LAS ACTIVIDADES que incluyen **RECREO, EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES** hasta (fecha): _____

(Especifique las actividades en las que se permite participar a continuación):

- () Caminar/Cinta de correr () Correr/Trotar () Bicicleta estacionaria () Actividades de la parte superior del cuerpo, es decir: flexiones, dominadas, lanzamientos. () Entrenamiento de fuerza de la parte superior del cuerpo ____ # límite
() Entrenamiento de fuerza de la parte inferior del cuerpo ____ # límite () Rehabilitación (Incluye prescripción de ejercicios)

____ **NO hay restricciones** en este momento. Se permite participar en todas las actividades.

***Comments or additional accommodations needed:

- () Hielo necesario: aplicar hielo durante ____ minutos cada ____ horas
() Descanso adicional o elevación necesaria: eleve la pierna durante ____ minutos cada ____ horas
() Se necesita pase de ascensor: para ____ días

() **DEBE SER AUTORIZADO** por SU MÉDICO para que se le permita regresar a Educación Física/Actividades/Deportes

() **DEBE SER AUTORIZADO** por el Entrenador de la Escuela Secundaria para que se le permita regresar a Educación Física/Actividades/Deportes

Recomendaciones y comentarios específicos:

Nombre del Proveedor de Atención: _____ Número Telefonico: _____

Firma del Proveedor de Atención: _____ Fecha: _____

Nombre del entrenador atlético: Jake Lyman Firma _____ Fecha: _____



School District of New London

DISTRICT ADMINISTRATION OFFICE

901 West Washington Street Phone (920) 982-8530
New London, WI 54961 Fax (920) 982-8551

Scott Bleck, District Administrator
Kandi Martin, Director of Pupil Services
Joseph Marquardt, Director of Business Services

sbleck@newlondon.k12.wi.us
kmartin@newlondon.k12.wi.us
jmarquar@newlondon.k12.wi.us

EQUAL OPPORTUNITIES IN EMPLOYMENT - CURRICULUM - ACTIVITIES

Lycée de New London 920-982-8420
920-982-8440 (FAX)
Académie Catalyst 920-982-8686
920-982-8440 (FAX)

Lycée de New London 920-982-8532
920-982-8605 (FAX)

Formulaire d'excuse pour la limitation d'activités et l'éducation physique

Date _____ Nom de l'élève _____ DOB _____ Année _____

Nom du parent _____ Téléphone _____

REMPLI PAR Médecin/Fournisseur/Entraîneur sportif du lycée:

Description de la blessure/maladie:

La loi nationale sur l'éducation exige que tous les élèves soient inscrits à un cours d'éducation physique. Le programme d'éducation physique est planifié de manière à ce que chaque élève de l'école puisse bénéficier d'une phase quelconque de ce programme. Puisque nous souhaitons faire ce qu'il y a de mieux pour chaque étudiant, nous tenterons de modifier nos activités pour répondre aux restrictions spécifiques de chaque étudiant.

Recommandations:

___ Voir la note ci-jointe concernant le protocole/les directives/les restrictions relatives à la **COMMOTION CÉRÉBRALE**

___ **AUCUNE participation** dans toute activité qui comprend: **RÉCRÉATION, PE & SPORTS** jusqu'au (date) : _____

___ **Participation modifiée** DANS TOUTES LES ACTIVITÉS qui comprennent **RÉCRÉATION, PE & SPORTS** jusqu'au (date) : _____ (Veuillez préciser ci-dessous les activités auxquelles il est permis de participer)

- () Marche/tapis roulant () Course/jogging () Vélo stationnaire () Activités du haut du corps, c'est-à-dire : pompes, tractions, lancers () Entraînement de la force du haut du corps _____ # limite () Entraînement de la force du bas du corps _____ # limite () Réadaptation (inclure la prescription d'exercices)

___ **AUCUNE restriction** en ce moment. Autorisé à participer à toutes les activités.

***Commentaires ou aménagements supplémentaires nécessaires:

- () Glace nécessaire : appliquez de la glace pendant _____ minutes toutes les _____ heures
() Repos supplémentaire ou élévation nécessaire : élever pendant _____ minutes toutes les _____ heures
() Pass Ascenseur requis : pour _____ jours

() **DOIT ÊTRE AUTORISÉ PAR VOTRE MÉDECIN POUR ÊTRE AUTORISÉ À RETOURNER À L'ÉDUCATION PHYSIQUE/ACTIVITÉS/SPORTS**

() **DOIT ÊTRE AUTORISÉ PAR L'ENTRAÎNEUR DU LYCEE POUR ÊTRE AUTORISÉ À RETOURNER À L'ÉDUCATION PHYSIQUE/ACTIVITÉS/SPORTS**

Recommandations et commentaires spécifiques:

Nom du prestataire de soins: _____ Téléphone: _____

Signature du prestataire de soins: _____ Date: _____

Entraîneur sportif Nom: Jake Lyman Signature _____ Date: _____