



华府公立学校运动部
华府校际运动协会

参加运动同意书

致校长: _____
学校名称

学生信息: _____
出生证明上的姓名 年级

出生日期 2024 年 8 月 1 日的年龄 **2024-2025**
学年

住宅: _____
街道地址

家长/监护人主要电话: _____ 家长/监护人电子邮件地址: _____

学生和家長/监护人参与同意书*

在授权并同意我的孩子参加校际体育运动时,我理解并完全同意以下内容:

- **风险承担:** 我承认并理解参加竞技性体育活动是自愿的,并且我理解这可能会导致严重伤害,包括瘫痪或死亡。设备、医疗和身体素质的改进以及规则的改变减少了这些风险,但我明白田径运动中不可能完全消除此类事件。我承担我的学生运动员在体育活动中可能受伤的风险。
- **保持无害:** 在充分了解所涉及的风险并考虑到 DCPS 在其运动项目中接受学生以及我的孩子从参与中获得的利益的情况下,我同意免除 DCPS/DCIAA、其成员、员工、教练、代理人、承包商和/或志愿者因学生参加校际体育运动而产生的所有责任、索赔、诉讼原因或要求。
- **紧急医疗:** 在紧急情况下,我特此表示同意,并授权 DCIAA/DCPS/DCSAA 及其代理人、服务人和/或雇员代表我和学生运动员同意在以下情况下实施紧急医疗护理/治疗: 由于紧急情况的紧迫性或下在合理地尝试通知我需要此类紧急医疗护理/治疗后,我无法收到通知。
- **受控物质/药物使用:** 我确认学生运动员不得使用类固醇、非法药物、酒精、电子烟、电子烟笔或烟草,除非针对特定状况或疾病开出医疗处方。
- **欺侮/霸凌:** 我了解欺侮和霸凌行为在任何时候都是被禁止的。欺侮涉及任何使队友遭受精神或身体不适、尴尬、骚扰或嘲笑的行为;霸凌涉及试图伤害、恐吓或胁迫。DCPS 运动项目的所有参与者都应表现出促进积极文化的行为。
- **资格:** 我了解学生运动员必须遵守所有资格要求,包括但不限于年龄、居住地、出勤率、学业成绩和体检。学生运动员还应始终遵守所有 DCIAA/DCPS/DCSAA 政策和程序,以保持参加校际体育运动的资格。我进一步理解,参加校际体育运动是一种特权,如果学生在任何时候不符合资格或合规要求,学生可能会立即被取消参与资格。

我特此同意上述学生代表他/她的学校参加提供的所有运动项目（淡季、赛季前、赛季中和赛季后），包括当地或外地的团队旅行。

例外情况（如果没有，请填写 N/A）： _____

媒体同意书

参加运动比赛的学生在比赛过程中可能会被拍照或录像。没有相关补偿。

_____ 我，未成年学生运动员或年满 18 岁的学生运动员的家长/监护人，特此**同意** DCPS 或其代表可以对此处指定的学生运动员录像、拍照和录音，用于与其参与 DCPS 运动计划相关的媒体、营销或促销目的。这可能包括在线发布、照片展示和其他促销机会。

_____ 我，未成年学生运动员或年满 18 岁的学生运动员的家长/监护人，特此**不同意** DCPS 对学生运动员录像、拍照或录音以用于与他/她参与 DCPS 运动计划相关的媒体、营销或促销目的，并特此选择退出。

注意：此媒体同意书不会限制任何学生参与商业或营销代言的权利，前提是没有可见的学校、DCPS 或 DCSAA 附属机构名称或徽标，并且他们根据 DCSAA 政策通知 DCPS/DCSAA。有关详细信息，请参阅 DCSAA 手册。

声明：在参加校际活动和/或旅行之前，我了解所有未成年学生和 18 岁或以上学生的家长/监护人如果想要参加此类活动和/或旅行，都必须签署此表格才能参加。我有责任及时把所提供信息的任何未来改变通知学生的学校。**我特此证明，我已仔细阅读本表格全文并理解其中包含的信息。此外，我特此证明以上提供的所有信息据我所知都是真实的、正确的。**

家长/监护人或学生（18 岁以上）的正楷姓名

家长/监护人或学生（18 岁以上）签名

日期

与学生的关系

家庭/工作电话

手机或备用号码

() 学生有医疗保险 () 学生没有医疗保险

*DCPS=华府公立学校

*DCIAA=华府校际运动协会

*DCSAA=华府州立运动协会

学生运动员数据和紧急治疗信息

姓名 (姓氏、名字、中间名) _____ DCPS 学生 ID# _____
 街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
 性别 男性 女性 非男非女 出生日期 _____ 年级 _____
 学校 _____ **2024-2025** 学年

紧急情况联系人：请提供至少 2 (两) 名联系人 (*家长/监护人应首先列为主要联系人)

姓名	关系	家庭电话	工作电话	手机
	家长/监护人			

家长/监护人电子邮件 _____ 紧急联系人电子邮件 _____

保险及收费

保险公司 _____ 保单# _____ 保险公司电话 _____

保单持有人姓名/关系 _____ 生效日期 _____

学生运动员是否有以下任何疾病 (勾选所有适用的选项) ?

贫血 哮喘: 药物名称 _____ 到期日 _____ 镰状细胞/镰状细胞特征

糖尿病 癫痫 高血压 曾有过脑震荡/头部受伤; 如果有, 日期? _____

过敏 _____ 使用 Epi-Pen 是, 到期日 _____ 否

其他 _____ 学生运动员是否佩戴隐形眼镜或眼镜? 隐形眼镜 眼镜 不适用

最后一次破伤风加强针的日期? 月/年 _____

列出目前使用的其他药物, 包括处方药和非处方药: _____

如果学生运动员在参加校际体育赛事、旅行或练习时有必要需要医疗, 我特此授权华府公立学校的医疗保健提供者及其代理人 (教练、体育主管、运动队/比赛的医生和紧急医疗技术人员 (EMT) 为学生运动员提供医疗护理和/或获得适当的医疗服务。此外, 如果 DCPS 工作人员无法联系到上述指定的紧急联系人, 我同意 DCPS 医疗保健提供者及其代理人将我的孩子送往医院、急救中心或医生以接受治疗。在紧急情况下, 我特此表示同意, 并授权 DCIAA/DCPS/DCSAA 及其代理人、服务人员和/或雇员代表我和我的孩子同意在以下情况下实施紧急医疗护理/治疗: 由于紧急情况的紧迫性或合理地尝试通知我需要此类紧急医疗护理/治疗后, 我无法收到通知。我了解学生运动员参加体育运动需要签署此表格。

签名 _____ 日期 _____
 (家长/监护人或年满 18 岁的学生)

For Office Use Only:
 Date of DC Universal Health Certificate (Physical) _____ AT/SC Initials: _____



为家长/监护人和学生运动员提供的 脑震荡和心脏骤停信息及同意书

脑震荡信息

什么是脑震荡？

脑震荡是一种脑外伤，会改变大脑正常的工作方式。脑震荡是由于头部或身体受到碰撞、打击或震动导致头部和大脑快速来回移动而引起的。即使头部受到“撞击”、“震动”或看似轻微的碰撞或打击也可能造成严重后果。

脑震荡的体征和症状有哪些？

脑震荡的体征和症状可能会在受伤后立即出现，也可能要到受伤后几天或几周才会出现或被注意到。如果运动员在头部或身体受到碰撞、打击或震动后报告一种或多种脑震荡症状，他/她应在受伤当天停止参加比赛。运动员只有在获得具有脑震荡评估经验的医疗保健专业人员的许可后才能重返比赛。

你知道吗？

- 大多数脑震荡发生时不会失去意识。
- 一生中任何时候遭受过脑震荡的运动员再次脑震荡的风险会增加。
- 幼儿和青少年比成年人更容易遭受脑震荡，并且需要更长的时间才能恢复。

<p>运动员报告的症状：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 头痛或头部有“压力” • 恶心或呕吐 • 平衡问题或头晕 • 复视或视力模糊 • 对光敏感 • 对噪声敏感 • 感觉迟钝、头脑不清楚、糊涂或昏昏沉沉 • 注意力或记忆力问题 • 困惑 • “感觉不对劲”或“感觉很糟” 	<p>教练观察到的迹象：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 显得茫然或惊愕 • 对任务或职位感到困惑 • 忘记指令 • 不确定比赛、比分或对手 • 行动笨拙 • 缓慢地回答问题 • 失去意识（即使是短暂的） • 表现出情绪、行为或性格的变化 • 无法回忆起撞击或跌倒之前的事情 • 无法回忆起撞击或跌倒之后的事情
<p align="center">“错过一场比赛比错过整个赛季要好。”</p>	

脑震荡危险迹象

在极少数情况下，脑震荡患者的大脑可能会形成危险的血凝块，并挤压颅骨。如果运动员在头部或身体受到碰撞、打击或震动后出现以下任何危险迹象，应立即接受医疗救助：

- 一个瞳孔比另一个大
- 昏昏欲睡或无法叫醒
- 头痛变得更严重
- 虚弱、麻木或协调性下降
- 反复呕吐或恶心
- 言语不清
- 抽搐或癫痫发作
- 无法识别人物或地点
- 变得越来越困惑、焦躁或急躁
- 有异常行为
- 失去意识（即使是短暂的意识丧失也应认真对待）

如果您认为您的运动员患有脑震荡，您该怎么办？

1. 如果您怀疑运动员患有脑震荡，请将运动员带离比赛并就医。不要试图自己判断受伤的严重程度。让运动员在受伤当天不要参加比赛，直到具有脑震荡评估经验的医疗保健专业人员表示他/她没有任何症状，他/她才可以重返比赛。
2. 休息是帮助运动员从脑震荡中恢复的关键。锻炼或需要高度集中注意力的活动，例如在电脑上学习、玩电子游戏，可能会导致脑震荡症状再次出现或恶化。脑震荡后，恢复运动和上学是一个渐进的过程，应由医疗保健专业人员仔细管理和监督。
3. 记住：脑震荡对不同人的影响不同。虽然大多数患有脑震荡的运动员都能快速完全康复，但有些运动员的症状会持续数天甚至数周。更严重的脑震荡可能会持续数月或更长时间。

为什么运动员应该报告他们的症状？

如果运动员遭受脑震荡，他/她的大脑需要时间来愈合。当运动员的大脑仍在愈合时，他/她更有可能再次遭受脑震荡。重复脑震荡会增加恢复时间。在极少数情况下，年轻运动员反复遭受脑震荡可能会导致大脑肿胀或永久性损伤。它们甚至可能是致命的。

当怀疑头部受伤时，会发生什么？

根据华府法典第 7 - 2871.02 条，怀疑在体育活动中遭受脑震荡的运动员必须立即停止参与体育活动，并且在经过持有执照或证书的医疗保健提供者评估并收到书面许可后才能参加体育活动。有关脑震荡的更多信息，请访问 CDC 学校体育家长信息提示页面 (<https://www.cdc.gov/headsup/highschoolsports/parents.html>)。

SWAY© 脑震荡信息（仅限高中学生运动员）

华府公立学校体育项目目前使用名为 Sway© 的脑震荡管理软件来帮助识别脑震荡的迹象。

平衡： Sway® 使用移动设备或平板电脑的内置运动传感器来测量稳定性，以量化姿势摇摆。当设备压在胸部时，运动分析算法会计算稳定性，使医疗保健专业人员几乎可以在任何环境下进行医疗级别的平衡测试。

认知： 除了平衡之外， Sway® 还收集脑震荡管理中的关键测量值，例如：

- 记忆
- 反应时间
- 脉冲控制
- 检查时间

基本测试：

- 在运动赛季开始时和/或从已知的脑震荡中恢复后，需要每年进行一次基本测试。

基本测试将仅由高中生完成。如果你对我们的脑震荡管理规程有任何疑问，请联系 DCIAA 首席运动教练，Dr. Jamila L. Watson, DAT, LAT, ATC: amila.Watson@k12.dc.gov 或你孩子学校的运动教练。

有关 Sway 软件的更多信息，请访问：<https://swaymedical.com>。



脑震荡问卷

- 学生运动员之前曾遭受过脑震荡 ____是 ____否
- 脑震荡发生的总次数____
- 脑震荡发生的日期_____
- 学生运动员之前是否接受过 SWAY 脑震荡测试？ ____是 ____否 ____不确定
 - 如果是的话，什么时候_____

心脏骤停 (SCA) 信息

定义： 心脏骤停 (SCA) 是一种潜在的致命疾病，即心脏突然意外停止跳动。如果发生这种情况，血液就会停止流向大脑和其他重要器官。

SCA 是一种医疗紧急情况。学生运动员发生 SCA 的情况很少见，但由于学生运动员从事的体力活动，与非学生运动员相比，学生运动员发生 SCA 的风险更高。

原因： 心脏骤停的主要原因是心室颤动或室性心动过速，它们是心律失常或不规则心跳的类型。重要的危险因素包括既往心脏骤停、冠心病、心脏瓣膜疾病、先天性心脏缺陷和遗传引起的心律失常。然而，一半的心脏骤停发生在不知道自己患有心脏病的人身上。SCA 的其他原因包括心脏组织疤痕、心肌增厚（心肌病）、心脏药物、电异常、血管异常和娱乐性药物使用。对于儿童，由于窒息或溺水而导致呼吸停止（呼吸停止时）后可能会发生心脏骤停。

不作为的风险： 忽视这些症状并继续玩耍可能会造成灾难性的后果，并导致猝死 (SCD)。认真对待这些警告性症状并及时寻求适当的医疗护理可以防止严重甚至可能致命的后果。

SCA 的警告性迹象/症状	SCA 紧急响应
<ul style="list-style-type: none"> ● 突然倒下并失去知觉（昏倒）； ● 没有呼吸或者呼吸无效，或者喘气； ● 对喊叫或震动没有反应； 和/或 ● 没有脉搏 	<ul style="list-style-type: none"> ● 立即行动（时间对于提高生存率最关键） ● 识别SCA ● 立即拨打 911 ● 实施心肺复苏 ● 使用自动体外除颤器 (AED)

本文件中使用的信息来自美国心脏协会(<https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest>)和美国国立卫生研究院(<https://www.nhlbi.nih.gov/health/cardiac-arrest> 以及 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9674198/>)。访问这些网站以获取更多信息。

通过签署本同意书，我们承认我们已阅读上述有关脑震荡和 SCA 的信息并理解其内容。我们有机会提问，所有问题的回答都令我满意。我们同意让学生运动员在参加校际运动期间参加 SWAY 脑震荡管理计划（仅限高中生运动员）。我们理解，我们有责任向他们的教练、管理人员和/或医疗保健提供者报告学生运动员的症状。我们也知道，学生运动员必须在 24 小时内没有出现任何症状，DCPS才能开始重返赛场规程。我们还知道，参加校际运动需要这份签名的表格。

感兴趣的运动

家长/监护人的正楷姓名

家长/监护人签名

(如果学生年满 18 岁或以上，学生签名)

日期