



Form  
6145.2(a)

### ESTUDIANTE-ATLETA: FORMULARIO DE INFORMACION MEDICA Y CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:		
DIRECCION:		
CIUDAD:	COD POSTAL:	TELEFONO:
PADRE/GUARDIAN LEGAL:		
DIRECCION:		
EMPLEADOR:		
TELEFONO DE CASA:	TELEFONO CELULAR:	TELEFONO DEL TRABAJO:
OTRA PERSONA COMO CONTACTO DE EMERGENCIA:		TELEFONO:

### INFORMACION MEDICA

MEDICO FAMILIAR:	TELEFONO:
GRUPO/DIRECCION:	
HOSPITAL DE PREFERENCIA:	

### INFORMATION DE LA ASEGURANZA

SUBSCRIPTOR:	NUMERO DE GRUPO:
NUMERO DE POLIZA:	COMPANIA:
CONDICIONES MEDICAS EXISTENTES:	

*Yo autorizo al cuerpo técnico a proporcionar tratamiento médico de emergencia de cualquier lesión o enfermedad por parte de mi hijo/a si el personal médico calificado considera necesario el tratamiento.*

*Además, autorizo a cualquier médico calificado y con licencia a prestar tratamiento médico que, a su juicio, pueda considerarse necesario en el cuidado de (nombre del niño) \_\_\_\_\_*

PADRE/GUARDIAN LEGAL:	FECHA
-----------------------	-------

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.

PADRE/GUARDIAN LEGAL:	FECHA
-----------------------	-------

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



Form  
6145.2 (b)

**PADRES Y/O GUARDIAN LEGAL  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR**

PARTICIPANTE:		FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION:		
PADRE/GUARDIAN:		
TEL DEL HOGAR:	TEL TRABAJO:	TEL CELULAR:
PADRE/DIRECCION DEL GUARDIAN:		
PADRE/GUARDIAN:		
TEL DE CASA:	TEL DE TRABAJO:	TEL CELULAR:
PADRE/DIRECCION DEL GUARDIAN:		

Mi/nuestro hijo/a desea participar en el deporte(s) de (lista de todos)

\_\_\_\_\_ Durante el \_\_\_\_\_ año escolar.

Yo/ nos damos cuenta que hay numerosos riesgos involucrados participando en los deportes anteriormente mencionados. Estos riesgos podrían implicar (pero no se limitan a): torceduras, contusiones, huesos rotos, laceraciones, conmociones cerebrales, discapacidad permanente, lesiones internas, parálisis y posiblemente la muerte. Estos riesgos podrían afectar las habilidades futuras de mi hijo/a para ganarse la vida, participar en actividades comerciales, sociales y recreativas y, en general, disfrutar de la vida. Hemos sido informados sobre los diversos riesgos asociados a la participación de nuestro hijo/a en los deportes mencionados anteriormente y las posibles lesiones que pueden ocurrir.

Asumiremos toda la responsabilidad y certificamos que mi/nuestro hijo/a está en buenas condiciones físicas y se ha sometido a un examen físico deportivo en los últimos dos años. Además, no tenemos conocimiento de ninguna condición médica que inhiba la participación de mi/nuestro hijo/a.

Como una condición a la participación voluntaria de nuestro hijo/a en los deportes mencionados anteriormente, acepto todos los riesgos previamente mencionados como condición a la participación de mi/nuestro hijo/a.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL:	FECHA:
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL:	FECHA:

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



Form  
6145.2(c)

## FORMA DE EXAMEN FISICO – PARTICIPACION ATLETICA

Todos los estudiantes que participan en atletismo interescolar deben tener este formulario en el archivo en su escuela / parroquia antes de la práctica o participación.

Examen físico realizado el 1 de abril y posteriormente se aprueba para los dos años siguientes de Competencia; examen físico realizado antes del 1 de abril es válido sólo para el resto del año escolar actual y el año siguiente.

### INFORMACION DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:				
DIRECCION:		CIUDAD:	ESTADO:	COD POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:		
EDAD:	SEXO:	GRADO:	ALTURA:	PESO:
ESCUELA:			CIUDAD:	

### RECOMENDACIONES Y EXAMEN FISICO

El estudiante mencionado anteriormente ha sido examinado y no hay restricciones aparentes a la participación en actividades atléticas interescolar, excepto de la siguiente manera:

<input type="checkbox"/>	AUTORIZADO SIN RESTRICCIONES						
<input type="checkbox"/>	AUTORIZADO CON LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:						
<input type="checkbox"/>	AUTORIZADO	<input type="checkbox"/>	EVALUACIÓN PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARA TODOS LOS DEPORTES	<input type="checkbox"/>	PARA CIERTOS DEPORTES
RAZON:							
RECOMENDACIONES:							
NOMBRE DEL DOCTOR (LETRA IMPRESA O A MAQUINA):							
FIRMA DEL MEDICO CON LICENCIA (MD OR DO)/PA/APNP:							
DIRECCION/CLINICA:			CIUDAD:	ESTADO:	COD POSTAL:		
TELEFONO:				FECHA DE EVALUACION:			

## CONTRATO DE ENTRENADORES

NOMBRE:	TEL DEL HOGAR:	TEL CELULAR:
DIRECCION:	CIUDAD:	COD POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	

### EXPERIENCIA DE ENTRENADOR:

DEPORTE(S):	FECHA(S):

Esta certificado como entrenador / arbitro en algún DEPORTE  Sí  No

EN CASO AFIRMATIVO, CUAL?
CUANDO?

Ha tomado algún "entrenamiento" seminario o curso?  Sí  No

EN CASO AFIRMATIVO, CUAL?
CUANDO?

Esta usted certificado en Primeros auxilios/RCP/DEANo  SI  No   
 Mantiene una licencia de conducir valida de WI?  SI  No  Licencia #: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha incurrido en una violación de tráfico en los últimos tres años? Sí  No

EN CASO AFIRMATIVO, QUE?
CUANDO?

¿Alguna vez ha sido condenado o declarado culpable o no contendió de un delito (incluyendo delito grave, delito menor u ordenanza municipal) o ahora está sujeto a un cargo penal pendiente?

Sí  No En caso afirmativo, describa en detalle en una hoja de papel por separado.

Yo \_\_\_\_\_ deseo participar en el deporte de \_\_\_\_\_ como entrenador o asistente de entrenadores. He revisado las reglas y regulaciones de la Arquidiócesis para el deporte mencionado anteriormente y acepto cumplirlas.  
 Certifico que la información proporcionada por mí anteriormente es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si soy aceptado como entrenador, cualquier declaración u omisión falsa puede dar lugar a la finalización de mis deberes, y estoy de acuerdo en que la parroquia / escuela no será responsable en ningún aspecto si mi asignación voluntaria se termina por este motivo.

Autorizo a la parroquia / escuela a verificar la información mencionada anteriormente mediante una verificación de antecedentes penales. Estoy de acuerdo en seguir las políticas de la Arquidiócesis y la parroquia / escuela, y prometo unirme a la iglesia en sus esfuerzos para proporcionar un ambiente seguro para nuestros niños y jóvenes.

FIRMA:	FECHA:
--------	--------

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



## PETICION DE FUSION DE EQUIPOS

Solicitamos fusionar uno o más equipos debido a la escasez de jugadores. Hemos completado la lista de verificación y hemos obtenido las aprobaciones necesarias para esta fusión.

DEPORTE	TEMPORADA/AÑO:	
GRADO:	GENERO: NIÑOS: <input type="checkbox"/>	NIÑAS <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA LIGA		

ESCUELA/PARROQUIA (S) INVOLUCRADA (S):	

LISTA DE VERIFICACION	SI	NO	N/A
Los directores de todas las escuelas están de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pastores de todas las parroquias están de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los directores/coordinadores deportivos están de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las parroquias son geográficamente compatibles*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los niños en los grados afectados han sido contactados y se les permitirá participar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*ALGUNA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL? POR FAVOR EXPLIQUE:

FIRMA DEL PASTOR:	PARROQUIA:
FIRMA DEL PASTOR:	PARROQUIA:
FIRMA DEL DIRECTOR:	ESCUELA:
FIRMA DEL DIRECTOR:	ESCUELA:
FIRMA DEL DIRECTOR ATLETICO:	ESCUELA:
FIRMA DEL DIRECTOR ATLETICO:	ESCUELA:
APROVACION DE LA LIGA:	FECHA:

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.

Este formulario debe completarse anualmente y enviarse al director de la liga antes del inicio de la temporada deportiva. También se debe enviar una copia del formulario a: Arquidiócesis de Milwaukee, Office for Schools, PO Box 070912, Milwaukee, WI 53207-0097.



**Form**  
6145.2(f)

### LISTA DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

LIGA:	DEPORTE:	PARROQUIA/ESCUELA:	
NOMBRE DEL ENTRENADOR:	DIRECCION:	TELEFONO:	CORREO ELECTRONICO:
NOMBRE DEL ASISTENTE DE ENTRENADOR:	DIRECCION:	TELEFONO:	CORREO ELECTRONICO:

NIÑOS <input type="checkbox"/> NIÑAS <input type="checkbox"/> GRADO:                                  5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 6 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 7 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 8 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL EQUIPO:	COLORES DEL EQUIPO:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	---------------------

	NOMBRE DE LOS JUGADORES:	DIRECCION DE LOS JUGADORES	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA:	GRADO:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Hasta donde sabemos, todos los jugadores listados cumplen con todas las reglas de elegibilidad, todos los entrenadores han satisfecho los requisitos de certificación, y el equipo y el programa deportivo. en la parroquia / escuela cumplen con todas las Políticas y Procedimientos actuales de Atletismo de la Arquidiócesis de Milwaukee.

FIRMA DEL ENTRENADOR:	FECHA:	FIRMA DEL DIRECTOR ATLETICO:	FECHA:
FIRMA DEL PASTOR/DIRECTOR:	FECHA:	FIRMA DEL DIRECTOR DE DRE/CYF:	FECHA:

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.


 Form  
6145.2(g)

 CERTIFICACION DE ENTRENADORES  
REGISTRO PERMANENTE LOCAL

ESCUELA/PARROQUIA:	CIUDAD/CONDADO:
DEPORTE	

NOMBRE DEL ENTRENADOR:	ENTRENAMIENTO BLOODBORNE PATHOGENS	FECHA DE PREPARACION:	CLINICA DEPORTIVA FECHA ESPECIFICA:	ENTRENAMIENTO AMBIENTE SEGURO FECHA:
<i>Robert Sample</i>	<i>8/18/04</i>	<i>9/10/04</i>	<i>8/22/04</i>	<i>10/24/04</i>

(ESTA FORMA PUEDE SER DUPLICADA)



**FORMA DE RENUNCIA LIBERACION EN LA TRANSFERENCIA DE ESTUDIANTES**

Fecha: \_\_\_\_\_

Esta carta es para confirmar nuestra solicitud de renuncia y liberación a la póliza atlética 6145.2 de la Arquidiócesis de Milwaukee.

\_\_\_\_\_ Parroquia/Escuela solicita una exención a nombre del siguiente atleta estudiantil: \_\_\_\_\_, quien ingreso al programa de educación escolar/religiosa durante el año escolar \_\_\_\_\_.

**Esta sección debe ser completada por el padre- .....**

La transferencia al nuevo programa de educación religiosa/escuela fue por la siguiente razón:	
FIRMA DEL PADRE:	FECHA:

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.

**Esta sección debe ser completada por el personal parroquia/Escuela- .....**

Apoyamos esta solicitud para permitir la renuncia y liberación atlética.

Escuela/Parroquia Transferido de:	Escuela/Parroquia Transferido para:
PASTOR:	PASTOR:
DIRECTOR/DRE:	DIRECTOR/DRE:
DIRECTOR ATLETICO:	DIRECTOR ATLETICO:
DIRECTOR DE LA LIGA:	DIRECTOR DE LA LIGA:

**Este formulario se enviara a:**

Associate Superintendent, Archdiocese of Milwaukee, PO Box 070912, Milwaukee, WI 53207





Form  
6145.2(i)

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL ENTRENADOR SOBRE CONMOCION CEREBRAL

---

**Como entrenador es importante reconocer los signos, síntomas, y comportamientos de las conmociones cerebrales.** AL firmar este formulario, declara que comprende la importancia de responder a los signos y síntomas y comportamientos de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza según las normas establecidas por el estado de Wisconsin 118.293.

### Acuerdo de entrenadores:

Yo, \_\_\_\_\_, he leído la Hoja de Información sobre Conmociones Cerebrales para entrenadores y entiendo qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. También entiendo cuáles son los signos, síntomas y comportamientos y acepto retirar al atleta de la práctica / juego si se exhibe y / o se sospecha una conmoción cerebral.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a los padres / tutores si sospecho una conmoción cerebral o si se me informa una sospecha de conmoción cerebral y que el atleta no puede volver a practicar o jugar antes de proporcionarme una autorización por escrito de un proveedor de atención médica adecuado.

Yo entiendo las consecuencias de que un atleta vuelva a practicar/jugar demasiado pronto.

FIRMA DEL ENTRENADOR:		FECHA
DEPORTE	ESCUELA	
EQUIPO/LIGA:	GRADO:	

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL PADRE Y ATLETA SOBRE CONMOCION CEREBRAL

---

**Como padre y como atleta, es importante reconocer los signos, síntomas y comportamientos de las conmociones cerebrales.** Al firmar este formulario, declara que comprende la importancia de reconocer y responder a los signos, síntomas y comportamientos de una conmoción cerebral o lesión en la cabeza. Este formulario debe completarse anualmente antes de participar en cualquier deporte.

### Acuerdo con los padres:

Yo, \_\_\_\_\_ he **leído** la Hoja de Información sobre Conmoción Cerebral para padres y **entiendo** qué es una conmoción cerebral y cómo puede ser causada. También entiendo los signos, síntomas y comportamientos comunes. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a debe ser retirado de la práctica / juego si se sospecha una conmoción cerebral.

Entiendo que es mi responsabilidad buscar tratamiento médico si se me informa una sospecha de conmoción cerebral.

Entiendo que mi hijo/a no puede volver a practicar / jugar hasta que lo autorice un proveedor de salud por escrito a su entrenador.

Entiendo las posibles consecuencias de que mi hijo/a regrese a practicar / jugar demasiado pronto.

FIRMA PADRE/GUARDIAN:	FECHA
-----------------------	-------

### Acuerdo del Atleta:

Yo, \_\_\_\_\_ he **leído** la Hoja de Información sobre Conmoción Cerebral para atlas y **entiendo** qué es una conmoción cerebral y cómo se puede causar.

Entiendo la importancia de informar una sospecha de conmoción cerebral a mis entrenadores y mis padres / tutores.

Entiendo que debo ser eliminado de la práctica / juego si se sospecha una conmoción cerebral. Entiendo que debo proporcionar una autorización por escrito de un proveedor de atención médica adecuado a mi entrenador antes de regresar a una práctica / juego.

Entiendo la posible consecuencia de volver a practicar / jugar demasiado pronto y que mi cerebro necesita tiempo para sanar.

FIRMA DEL ALETA:	FECHA
------------------	-------

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



ARCHDIOCESE  
of MILWAUKEE

Form  
6145.2(k)

## ESTUDIANTE-ATLETA PROMESA DE UN ESPIRITU DEORTIVO

**Deporte-hombre - n. conducta (como imparcialidad, respeto por el oponente y amabilidad al ganar o perder) convertirse en uno solo participando en un deporte.**

Como estudiante-atleta de la Arquidiócesis de Milwaukee, me comprometo a:

- Mostrar el comportamiento cristiano en las prácticas y juegos.
- Representar a mi parroquia y / o escuela lo mejor que pueda.
- Abstenerse de blasfemias, comentarios raciales o étnicos, acoso o burlas de compañeros de equipo, oponentes, entrenadores, oficiales y fanáticos.
- Fomentar el buen espíritu deportivo de mis compañeros de equipo, entrenadores y familiares.
- Asumir la responsabilidad de mis acciones.

Entiendo que representar a mi parroquia / escuela es un privilegio y es posible que no pueda participar en actividades si no demuestro buen espíritu deportivo.

ESTUDIANTE-ATLETA:	PADRE(S) /GUARDIAN(ES):
ENTRENADOR:	ARCHBISHOP JEROME E. LISTECKI: <i>+ Jerome E. Listecky</i>

Al introducir mi nombre completo, atestigo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



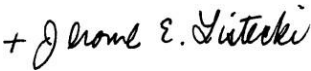
## ENTRENADOR PROMESA DE ESPIRITU DEPORTIVO

**Deporte-hombre- n. conducta (como imparcialidad, respeto por el oponente y amabilidad al ganar o perder) convertirse en uno solo participando en un deporte.**

Como entrenador de la Arquidiócesis de Milwaukee, me comprometo a:

- Mostrar el comportamiento cristiano en las prácticas y juegos.
- Representar a mi parroquia y / o escuela lo mejor que pueda.
- Sea un modelo positivo para todos los jugadores, entrenadores y espectadores.
- Proporcionar aliento y apoyo a mis jugadores.
- Abstenerse de blasfemias, comentarios raciales o étnicos, acoso o burlas de jugadores, oponentes, entrenadores, oficiales y fanáticos.
- Promover el buen espíritu deportivo de mis jugadores y sus familiares.
- Asumir la responsabilidad de mis acciones.

Entiendo que representar a la Arquidiócesis de Milwaukee y mi parroquia / escuela es un privilegio y es posible que no pueda participar en actividades si no demuestro buen espíritu deportivo.

ENTRENADOR:	ARCHBISHOP JEROME E. LISTECKI: 
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.



Form  
6145.2(m)

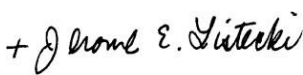
## PADRE/GUARDIAN PROMESA DE ESPIRITU DEPORTIVO

**Deporte -hombre *n. conducta* (como imparcialidad, respeto por el oponente y amabilidad al ganar o perder) convertirse en alguien que participa en un deporte**

Como padre / tutor de un estudiante-atleta de la Arquidiócesis de Milwaukee, me comprometo a:

- Mostrar el comportamiento cristiano en las prácticas y juegos.
- Representar a mi parroquia y / o escuela lo mejor que pueda.
- Sea un modelo positivo para jugadores, entrenadores y espectadores.
- Proporcionar aliento y apoyo a jugadores y entrenadores.
- Abstenerse de blasfemias, comentarios raciales o étnicos, acoso o burlas de jugadores, oponentes, entrenadores, oficiales y fanáticos.
- Promover el buen espíritu deportivo de mi hijo / hija.
- Asumir la responsabilidad de mis acciones.

**Entiendo que es posible que no pueda asistir a actividades si no demuestro buen espíritu deportivo.**

PADRE(S) /GUARDIAN(ES):	ARCHBISHOP JEROME E. LISTECKI: 
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Al introducir mi nombre completo, atestigo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.

## SOLICITUD DE PROGRAMA ATLÉTICO COMBINANDO PARROQUIAS

Solicitamos formar un programa deportivo combinado con nuestros socios parroquiales. La intención de nuestras parroquias es combinar todos los equipos en cada grado para todos los deportes que se ofrecen dentro del programa deportivo. Hemos completado la lista de verificación localmente y hemos obtenido las aprobaciones necesarias.

DEPORTE	TEMPORADA/AÑO:	
GRADO:	SEXO: NIÑOS: <input type="checkbox"/>	NIÑAS: <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA LIGA		

ESCUELA/PARROQUIAS INVOLUCRADAS:	

LISTA DE VERIFICACION:	Si	NO	N/A
Los directores de todas las escuelas están de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pastores de todas las parroquias están de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los directores atléticos/coordinadores están de acuerdo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A cada parroquia se le alienta tener una representación en la directiva atlética. Se adjunta una copia de los estatutos de la asociación atlética.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos los niños en los grados afectados han sido contactados y se les permitirá su participación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*ALGUNA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL? POR FAVOR EXPLIQUE:

FIRMA DEL PASTOR:	PARROQUIA
FIRMA DEL PASTOR:	PARROQUIA:
FIRMA DEL DIRECTOR:	ESCUELA:
FIRMA DEL DIRECTOR:	ESCUELA:
FIRMA DEL DIRECTOR ATLETICO:	ESCUELA:
FIRMA DEL DIRECTOR ATLETICO:	ESCUELA:
APROBACION DE LA LIGA:	FECHA:

Al introducir mi nombre completo, atestiguo que esto constituye mi firma electrónica legal en este formulario.

Este formulario debe completarse anualmente y enviarse al director de la liga antes del inicio de la temporada deportiva. También se debe enviar una copia del formulario a: Arquidiócesis de Milwaukee, Office for Schools, PO Box 070912, Milwaukee, WI 53207-0097.

**PROGRAMA ESTANDARIZADO PARA DEPORTES DE LA ARQUIDIOCESIS**

Las temporadas deportivas no coincidirán. Una temporada terminará antes de iniciar otra.

Las pruebas comienzan a discreción de los departamentos de atletismo de la escuela en cualquier momento en o después de la fecha de "inicio de la práctica", siempre que se realice el número mínimo de prácticas antes del comienzo de la temporada.

La Temporada de Otoño Los juegos de la conferencia no pueden iniciar hasta después del Día del Trabajo.

La Temporada de Invierno Los juegos de la conferencia no pueden iniciar hasta después del Día de Acción de Gracias.

La Temporada de Primavera sigue a la temporada de invierno y se extiende hasta el final del año escolar.

<b>Deportes del Otoño (Futbol americano, Futbol/Balón pie, y Volibol)</b>			
<b>Día del Trabajo Lunes</b>	<b>Practica Temporada Otoño Inician Lunes</b>	<b>Juegos de la liga inician Martes-Terminan Domingo</b>	<b>Elizabeth Seton Lunes-Domingo</b>
Septiembre 1	Agosto 11	9/2 – 11/2	10/27 – 11/2
Septiembre 2	Agosto 12	9/3 – 11/3	10/28 – 11/3
Septiembre 3	Agosto 13	9/4 – 11/4	10/29 – 11/4
Septiembre 4	Agosto 14	9/5 – 11/5	10/30 – 11/5
Septiembre 5	Agosto 15	9/6 – 11/6	10/31 – 11/6
Septiembre 6	Agosto 9	9/7 – 11/7	11/1 – 11/7
Septiembre 7	Agosto 10	9/8 – 11/8	11/2 – 11/8

<b>Deportes del Invierno (Balón cesto, y voleibol)</b>			
<b>Temporada de Invierno Practica inicia Lunes</b>	<b>Acción de Gracias Jueves</b>	<b>Juegos de Liga Inician Viernes- Terminan Domingo (leap yr.)</b>	<b>Padre Serra Lunes-Domingo</b>
Noviembre 3	Noviembre 27	12/5 – 3/22 (3/21)	3/5 – 3/22
Noviembre 4	Noviembre 28	12/6 – 3/23 (3/22)	3/6 – 3/23
Noviembre 5	Noviembre 22	11/30 – 3/17 (3/16)	2/28 – 3/17
Noviembre 6	Noviembre 23	12/1 – 3/18 (3/17)	3/1 – 3/18
Noviembre 7	Noviembre 24	12/2 – 3/19 (3/18)	3/2 – 3/19
Noviembre 8	Noviembre 25	12/3 – 3/20 (3/19)	3/3 – 3/20
Noviembre 9	Noviembre 26	12/4 – 3/21 (3/20)	3/4 – 3/21

<b>Deportes de Primavera (futbol/balón pie, béisbol, Softbol, y carrera en pista)</b>		
<b>Temporada de Primavera Practica Inicia Lunes</b>	<b>Juegos de la Liga inician</b>	<b>Deportes de Temporada de Primavera Terminan</b>
Marzo 23	Variable	Final del año escolar
Marzo 24	Variable	Final del año escolar
Marzo 18	Variable	Final del año escolar
Marzo 19	Variable	Final del año escolar
Marzo 20	Variable	Final del año escolar
Marzo 21	Variable	Final del año escolar
Marzo 22	Variable	Final del año escolar