

**ਕੈਂਟ ਸਕੂਲ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਅਥਲੈਟਿਕ ਵਿਭਾਗ  
ਭਾਗਦਾਰੀ ਪੂਰਵ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਪ੍ਰੀਖਿਆ**

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਦੀ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_ ਗ੍ਰੇਡ: (2022-2023)

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_ ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ: \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਖੇਡ: \_\_\_\_\_ KSD ਵਿਦਿਆਰਥੀ ID#: \_\_\_\_\_

ਪਰੀਖਿਆ ਦਾ ਨੋਟ:  ਇਹ ਪ੍ਰੀਖਿਆ **ਮਿਡਲ ਸਕੂਲ ਪੱਧਰ** (ਗ੍ਰੇਡ 7 - 8) 'ਤੇ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਹੈ।

ਇਹ ਪ੍ਰੀਖਿਆ **ਸੀਨੀਅਰ ਉੱਚ ਪੱਧਰ** (ਗ੍ਰੇਡ 9 - 12) 'ਤੇ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਹੈ।

**ਅਥਲੀਟ ਅਤੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ:** ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਅਨੁਸਾਰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।

**ਡਾਕਟਰ:** ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਜਵਾਬ ਦੇ ਐਥਲੀਟ ਵੇਰਵਿਆਂ ਨਾਲ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

**ਇਤਿਹਾਸ**

- | ਹਾਂ                             | ਨਹੀਂ                     |   |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| 1. a. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ/ਸੱਟ ਲੱਗ ਗਈ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੁਣ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ/ਸੱਟ ਲੱਗ ਗਈ ਹੈ?           |
| b. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਬਿਮਾਰੀ, ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ?                    |
| c. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਪੁਰਾਣੀ ਜਾਂ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ?  |
| d. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਇੱਕ ਹਫ਼ਤੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਹੈ?  |
| e. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਰਾਤੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ?   |
| f. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਟੈਨਸਿਲਕਟੇਮੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਰਜਰੀ ਹੋਈ ਹੈ?   |
| g. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਕੋਈ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?                                  |
| h. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਟੈਨਸਿਲ (ਅਪੈਂਡਿਕਸ, ਅੱਖ, ਗੁਰਦੇ, ਅੰਡਕੋਸ਼, ਆਦਿ) ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਅੰਗ ਦੀ ਕਮੀ ਹੈ?             |
| 2. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ (ਜਨਮ ਨਿਯੰਤਰਣ ਗੋਲੀ, ਵਿਟਾਮਿਨ, ਐਸਪੀਰੀਨ, ਆਦਿ ਸਮੇਤ)?               |
| 3. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਹੈ (ਦਵਾਈਆਂ, ਮੱਖੀਆਂ, ਭੋਜਨ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਾਰਕ)?   |
| 4. a. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਛਾਤੀ ਵਿੱਚ ਦਰਦ, ਚੱਕਰ ਆਉਣੇ, ਬੇਹੋਸ਼ੀ, ਕਸਰਤ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੋਣਾ ਹੈ?              |
| b. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਸਰਤ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਜਾਂ ਜਲਦੀ ਥੱਕ ਜਾਂਦੇ ਹੋ?                           |
| c. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਆਪਣੇ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ ਜਾਂ ਦਿਲ ਨਾਲ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋਈ ਹੈ?   |
| d. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਕਿਸੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨੂੰ 50 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਿਲ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ, ਦਿਲ ਦਾ ਦੌਰਾ ਜਾਂ ਅਚਾਨਕ ਮੌਤ ਹੋਈ ਹੈ? |
| 5. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਮੜੀ ਦੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ (ਮੁਹਾਸੇ, ਖਾਰਸ਼, ਧੱਫੜ, ਆਦਿ) ਹੈ?  |
| 6. a. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਬੇਹੋਸ਼ੀ, ਕੜਵੱਲ, ਦੌਰੇ, ਜਾਂ ਗੰਭੀਰ ਚੱਕਰ ਆਉਣੇ ਹੋਏ ਹਨ?  |
| b. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਕਸਰ ਗੰਭੀਰ ਸਿਰ ਦਰਦ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?   |
| c. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ "ਸਟਿੰਗਰ" ਅਤੇ "ਬਰਨਰ" ਜਾਂ "ਪਿੰਚਡ ਨਰਵ" ਹੋਇਆ ਹੈ?   |
| d. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ "ਚੇਤਨਾਹੀਨ" ਜਾਂ "ਬੇਹੋਸ਼" ਹੋਏ ਹੋ?  |
| e. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਗਰਦਨ ਦੀ ਸੱਟ, ਸਿਰ ਦੀ ਸੱਟ ਜਾਂ ਜ਼ਖਮ ਹੋਇਆ ਹੈ?  |
| 7. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਗਰਮੀ ਦੀ ਥਕਾਵਟ, ਹੀਟ ਸਟ੍ਰੋਕ, ਗਰਮੀ ਦੇ ਕੜਵੱਲ ਜਾਂ ਗਰਮੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਆਈਆਂ ਹਨ?           |
| 8. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਸਰਤ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਦਮਾ, ਸਾਹ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਤਕਲੀਫ਼, ਜਾਂ ਖੰਘ ਹੋਈ ਹੈ?                           |
| 9. a. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਸ਼ਮਾ, ਕਾਂਟੈਕਟ ਲੈਂਸ ਜਾਂ ਸੁਰੱਖਿਆਤਮਕ ਚਸ਼ਮਾ ਪਾਉਂਦੇ ਹੋ?  |
| b. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਅੱਖਾਂ ਜਾਂ ਨਜ਼ਰ ਨਾਲ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?   |
| 10. <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਉਪਕਰਣ ਜਿਵੇਂ ਬਰੇਸ, ਬ੍ਰਿਜ, ਪਲੇਟ, ਜਾਂ ਰਿਟੇਨਰ ਪਹਿਨਦੇ ਹੋ?                              |
| 11. a. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਗੋਡੇ ਦੀ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ?   |
| b. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੇ ਗਿੱਟੇ ਦੀ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੈ?  |
| c. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਜੋੜ (ਮੋਢੇ, ਗੁੱਟ, ਉਂਗਲਾਂ, ਆਦਿ) ਨੂੰ ਜ਼ਖਮੀ ਕੀਤਾ ਹੈ?                                  |
| d. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਕਦੇ ਤੁਹਾਦੀ ਹੱਡੀ ਟੁੱਟੀ (ਫ੍ਰੈਕਚਰ) ਹੈ?  |
| e. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਪਲੱਸਤਰ, ਸਪਲਿੰਟ, ਜਾਂ ਬੈਸਾਖੀਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ?   |
| f. <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਕਾਬਲੇ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਾਜ਼ੋ-ਸਾਮਾਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ (ਪੈਡ, ਬਰੇਸ, ਗਰਦਨ ਰੋਲ, ਆਦਿ)?           |
| 12. <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਆਖਰੀ ਟੈਟਨਸ ਬੂਸਟਰ ਸ਼ਾਟ ਨੂੰ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ?                                       |
| 13. <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਭਾਰ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਚਿੰਤਤ ਹੋ?   |
| 14. <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | ਮਹਿਲਾ: ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਸੀ?  |
| 15. <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਖੇਡ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਸਨ?   |

\*\*\*\*\* ਅਥਲੀਟ ਨੂੰ ਇਸ ਲਾਈਨ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਨਹੀਂ ਲਿਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ \*\*\*\*\*

EXAMINER'S COMMENTS ON ALL "YES" ANSWERS (refer to question number):

---

KENT SCHOOL DISTRICT ATHLETIC DEPARTMENT

STUDENT NAME: \_\_\_\_\_

EXPIRATION DATE:  
(SCHOOL USE ONLY)

PHYSICAL EXAMINATION

Age: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_

Height: \_\_\_\_\_ Visual Acuity: Left 20/\_\_\_\_\_

Right 20/\_\_\_\_\_

Normal

Abnormal

- |                          |     |                              |                          |       |
|--------------------------|-----|------------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1.  | Head                         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2.  | Eyes (pupils), ENT           | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 3.  | Teeth                        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 4.  | Chest                        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 5.  | Lungs                        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 6.  | Heart                        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 7.  | Abdomen                      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 8.  | Neurologic                   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 9.  | Skin                         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 10. | Physical Maturity            | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 11. | Spine, Back                  | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 12. | Shoulders, Upper extremities | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 13. | Lower extremities            | <input type="checkbox"/> | _____ |

PLEASE NOTE: THIS EXAMINATION IS FOR A PERIOD OF 24 MONTHS PER WIAA REGULATION, UNLESS OTHERWISE INDICATED. A NEW PHYSICAL EXAMINATION IS REQUIRED PRIOR TO INITIAL PARTICIPATION AT BOTH THE MIDDLE SCHOOL LEVEL (GRADES 7 – 8) AND SENIOR HIGH LEVEL (GRADES 9 – 12).

- Assessment:  Full participation at the **senior high level** (grades 9 - 12).  
 Full participation at the **middle school level** (grades 7 - 8).  
 Limited participation (describe limitations, restrictions):
- } To be eligible to participate, an examiner must check one of these boxes.

Participation contraindicated (list reasons):

Recommendations (equipment, taping, rehabilitation, etc.):

EXAMINER'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

PRINT EXAMINER'S NAME: \_\_\_\_\_ EXAMINER'S PHONE NUMBER: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_