



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## Lakeview Middle School Student-Athlete Parent Letter 2022-2023 School Year

Dear Lakeview Players and Parents,

Congratulations on being selected to be part of Lakeview's After School Athletics Program. We look forward to a great season, and seeing all parents and family members attending our games throughout the year. We would like to inform you of some details regarding playing competitive sports at the middle school level.

Although a player makes the team, this does not guarantee a certain amount of playing time during the games. Playing time is earned during practice. Practice is where players will develop and fine-tune skills, learn to play as a team, have fun, and ultimately become a better player by season's end.

Playing time in games is a result of what is seen during practice. A player's skills are important, but so are their attitudes, attendance, and school behavior. All of these aspects go into the decision as to who plays during games. Coming to practice on time, dressed out, and ready to participate with a positive attitude is extremely important. We will strive to provide adequate playing time to our students who earn a spot on the team. With this being said, unexcused practices, teacher complaints from the classroom, detentions, or any other negative action taken by a player, will result in a strike. If a third strike is received during the season, the player will face possible removal from the team. We all have to keep in mind that playing after school sports is a privilege, and any negative behavior or conduct by athletes will not be tolerated.

To be eligible to participate on the team, players must **have a minimum of a 2.0 GPA** from the previous grading period and must maintain this status during the season **with no more than one 'F'**. Not maintaining this GPA will result in an academic intervention, suspension from games or removal from the team.

We also ask each athlete for an approximately **\$25 donation** to help offset the cost of game shirts, pictures and end of season celebration. This donation will help pay for your athlete's uniform and team pictures.

Additionally, athletes will be required to wear a face covering when participating in indoor sports. Coaches will be giving athletes "mask breaks" during practices and games with their safety in mind.

Once again, we would like to welcome you to this year's program, and we are looking forward to a productive and rewarding season.

Thank You,

*Kristian Flores*  
Athletic Director  
Lakeview Middle School

*The Coaching Staff*  
Lakeview Middle School  
2022- 2023

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Student Signature: \_\_\_\_\_



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## Lakeview Middle School Student Athlete Agreement 2022-2023 School Year

As a student athlete at Lakeview Middle School, I agree that I will:

- Attend all classes and be on time to all classes
- Have outstanding behavior in all classes ie modeling core values
- Have all assignments completed and turned in on time
- Have all homework turned in on time
- Not receive any referrals for any reason or risk game suspension
- Be a positive role model on campus and off campus
- Show exemplary sportsmanship during all home and away games
- Follow all school rules
- Notify your coach that when I will miss a practice or game before I miss the practice game (Missed practice without notification results in one game suspension)
- I must attend at least 4 periods of classes on a game day in order to play in that game

I understand that if I do not follow the above rules that I will not be allowed to play in the following game. If I am not in good standing more than 3 times during the season, I will not be allowed to finish the season.

If I am suspended from school during the season, I will lose the privilege to represent Lakeview Middle School for that season.

Student Name \_\_\_\_\_

Student Signature \_\_\_\_\_



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## Athletic Permission Form

\_\_\_\_\_ has my permission to participate in athletics.  
(Please Print Student's Name)

I understand that practices and homework center will be held after school, and I am responsible for transportation to and from Lakeview. Athletes are to be picked up no later than 15 minutes before the end of the game. If this becomes a problem, athletes may be removed from the team.

Proof of medical insurance is required in order to participate. Insurance may be purchased through Lakeview in the front office. A physical examination is advisable but not mandatory.

I give permission for my child to receive emergency medical or dental treatment if necessary. I further understand that neither the school nor the coach is responsible for paying for such treatment.

Name: \_\_\_\_\_ Sport: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian (Please Print): \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Doctor's Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Insurance Company: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_

\*\*Allergies or other medical information that the coach should be aware of:

---

---



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## PAJARO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT PARENTAL CONSENT FOR FIELD TRIP OR EXTRA CURRICULAR ACTIVITY AND EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION FORM

Dear Parent / Guardian: **Kindly complete this voluntary excursion form and return this form to your child's teacher.**

My son/daughter/ward, \_\_\_\_\_ a student at \_\_\_\_\_ School, has my permission to participate in the following voluntary activity/field trip:

**Field Trip/Extracurricular Activity:** \_\_\_\_\_

**Date of Field Trip:** \_\_\_\_\_ **Departure Time:** \_\_\_\_\_ **Return Time:** \_\_\_\_\_

**Describe Activity:** \_\_\_\_\_

**Mode of Transportation:** \_\_\_\_\_

In the event of illness or injury, I hereby authorize Pajaro Valley School District personnel to use their judgment in obtaining emergency medical services, including x-ray, examination, anesthetic, medical, surgical or dental diagnosis or treatment and hospital care are considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon or dentist performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services. I understand that the Pajaro Valley Unified School District does not have insurance which pays the medical or hospital costs that might be incurred on behalf of my child.

**I agree to hold the Pajaro Valley Unified School District officers, agents and employees harmless from any and all liability or claims, which may arise out of, or in connection with, my child's participation in this activity/field trip. I assume all liability for the conduct of my child and agree to indemnify the District for any claims arising against it resulting from my child's conduct. California Education Code Section 35330**

I fully understand that participants are to abide by all rules and regulations governing conduct during the trip. Any violation of these rules and regulations may result in that individual being sent home at the expense of his/her parent/guardian.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_ Emergency # \_\_\_\_\_

Medical Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Policy Number \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

My child has the following special medical needs: \_\_\_\_\_

My child has the following allergies: \_\_\_\_\_

My child will need to take the following medication: \_\_\_\_\_

(Note: If the school has not already been informed of the need to dispense medication, you will need to meet with school officials to make the proper arrangements)

FAILURE TO RETURN **SIGNED FORM** WILL MEAN STUDENT **WILL NOT BE ALLOWED** TO PARTICIPATE IN THIS ACTIVITY/ FIELD TRIP.

**THIS FORM IS TO BE CARRIED ON THE TRIP BY THE SCHOOL REPRESENTATIVE.**



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## Carta a los padres de Estudiantes Atlético 2022-2023 Año escolar

Estimados Lakeview jugadores y padres,

Felicitaciones por haber sido seleccionados para formar parte de Lakeview del Programa Atletismo Después de la escuela. Esperamos a una gran temporada, y ver a todos los padres y miembros de la familia asistir a nuestros juegos durante todo el año. Nos gustaría informarle de algunos detalles con respecto a la práctica de deportes competitivos en el nivel de secundaria.

A pesar de que un jugador hace el equipo, esto no garantiza una cierta cantidad de tiempo de juego durante los partidos. El tiempo de juego es ganado durante la práctica. Los jugadores podrán ganar un poco de su experiencia en la práctica y algo de su experiencia en juegos. La práctica es donde los jugadores afinan las habilidades, aprender a jugar como un equipo, se divierten, y en última se convierte en un mejor jugador al de final de la temporada.

El tiempo de juego en los juegos es el resultado de lo que se ve en la práctica. Habilidades de un jugador son importantes, pero también lo son sus actitudes, asistencia y comportamiento. Todos estos aspectos entran en la decisión de quién juega durante los partidos. Venir a practicar a tiempo, vestido, y dispuestos a participar con una actitud positiva es extremadamente importante. Haremos todo lo posible para proporcionar el tiempo de juego adecuado para nuestros estudiantes que obtienen un puesto en el equipo. Con esto se dice, las prácticas injustificadas, las quejas de maestros de la clase, detenciones, o cualquier otra acción negativa adoptada por un jugador, se traducirá en una huelga. Si una tercera huelga se recibe durante la temporada, el jugador se enfrentará a la posible retirada sea por parte del equipo. Todos tenemos que tener en cuenta que jugar deportes después de clases es un privilegio, y no se tolerará ningún comportamiento negativo o conducta por parte de los atletas.

Para ser elegible para participar en el equipo, los jugadores deben tener un **2.0 GPA** mínimo a partir del período de calificaciones anterior y deben mantener este estado sin recibir. Si no respeta la GPA dará lugar a una intervención académica, la suspensión de los juegos o la eliminación del equipo.

También pedimos a cada atleta por una donación de atletismo \$25 para ayudar a compensar el costo para ejecutar nuestro programa de deportes competitivos. Esta donación ayudará a pagar nuestros árbitros, compra de equipos, y el mantenimiento de nuestras instalaciones deportivas. Gracias de antemano por ayudar a apoyar nuestro programa atlético.

Una vez más, nos gustaría darle la bienvenida al programa de este año, y estamos mirando adelante a una temporada productiva y gratificante.

Gracias,

***Kristian Flores***

Directora de Deportes  
Secundaria Lakeview

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## Acuerdo de atleta estudiantil de la escuela secundaria Lakeview Año escolar 2022-2023

Como estudiante atleta en Lakeview Middle School, acepto que:

- Asiste a todas las clases y llega a tiempo a todas las clases.
- Tener un comportamiento sobresaliente en todas las clases, es decir, modelar los valores fundamentales.
- Tener todas las tareas completadas y entregadas a tiempo.
- Tener todas las tareas entregadas a tiempo
- No recibir referencias por ningún motivo o riesgo de suspensión del juego.
- Sea un modelo a seguir positivo en el campus y fuera del campus
- Demuestre un espíritu deportivo ejemplar durante todos los partidos en casa y fuera de casa.
- Siga todas las reglas de la escuela
- Notifique a su entrenador que cuando me pierda una práctica o un juego antes de perderme el juego de práctica (la práctica perdida sin notificación resulta en la suspensión de un juego)
- Debo asistir al menos a 4 períodos de clases en un día de juego para poder jugar en ese juego.

Entiendo que si no sigo las reglas anteriores, no se me permitirá jugar en el siguiente juego. Si no estoy en buen estado más de 3 veces durante la temporada, no se me permitirá terminar la temporada.

Si me suspenden de la escuela durante la temporada, perderé el privilegio de representar Escuela Intermedia Lakeview para esa temporada.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Firma del alumno \_\_\_\_\_



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## Formulario de permiso atlético

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en atletismo.  
(Por favor escriba el nombre del estudiante)

Entiendo que las prácticas y el centro de tareas se llevarán a cabo después de la escuela, y soy responsable de transporte hacia y desde Lakeview. Los atletas deben ser recogidos a más tardar 15 minutos antes de la fin del juego. Si esto se convierte en un problema, los atletas pueden ser retirados del equipo.

Se requiere prueba de seguro médico para poder participar. El seguro se puede comprar a través de Lakeview en la oficina principal. Un examen físico es aconsejable pero no obligatorio.

Doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico o dental de emergencia si es necesario. Yo más lejos Entiendo que ni la escuela ni el entrenador son responsables de pagar dicho tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

Padre/tutor (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

\*\*Alergias u otra información médica que el entrenador debe conocer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# LAKEVIEW MIDDLE SCHOOL

2350 East Lake Avenue, Watsonville, California 95076  
Office (831) 728-6455 Attendance (831) 761-6620 FAX (831) 728-6480

## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE PAJARO CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA VIAJE DE ESTUDIOS O ACTIVIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA

Estimables Padres / Tutores: **Favor de llenar este formulario de excursión voluntaria y regresarlo a el/ la maestro/ a de su hijo/ hija.**

Mi hijo/ hija/, \_\_\_\_\_ alumno/ a de la Escuela \_\_\_\_\_, tiene mi permiso para participar en la siguiente actividad voluntaria/ viaje de estudios:

**Viaje de Estudios/ Actividad Extracurricular:** \_\_\_\_\_

**Fecha del Viaje de Estudios:** \_\_\_\_\_ **Hora de Salida:** \_\_\_\_\_ **Hora de Regreso:** \_\_\_\_\_

**Describan la Actividad:** \_\_\_\_\_

**Medio deTransportación:** \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad o heridas, por medio de la presente autorizo al personal del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro para usar su juicio en obtener servicios médicos de emergencia, incluyendo rayos equis, examen, anestesia, diagnosis o tratamiento médico, quirúrgico o dental, o tratamiento y cuidados en el hospital si se considera necesario a mejor juicio del personal médico del hospital o lugar que proporciona servicios médicos o dentales. Yo entiendo que el Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro no tiene seguro médico que pague los costos del hospital o médicos que puedan incurrir a nombre de mi hijo/ hija.

**Yo acuerdo de no culpar a los oficiales del Distrito Escolar Unificado del Valle de Pájaro, agentes y empleados de cualquier reclamo o responsabilidad, la cual puede surgir de, o en conexión con, la participación de mi hijo en esta actividad/ viaje de estudios. Yo asumo toda responsabilidad por la conducta de mi hijo/ hija y estoy de acuerdo a indemnizar al Distrito de cualquier reclamo en contra por la conducta de mi hijo/ hija. Código de Educación de California Sección 35330.**

Yo entiendo totalmente que los participantes deben obedecer todas las reglas y regulaciones que gobiernan la conducta durante el viaje. Cualquier violación a esas reglas y regulaciones pueden resultar que el alumno sea enviado a su casa a costo de sus padres/ tutores.

Firma de los Padres/ Tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ # de Emergencia \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Médico

Número de la Póliza

Teléfono

Mi hijo/ hija tiene las siguientes necesidades especiales médicas: \_\_\_\_\_

Mi hijo/ hija tiene las siguientes alergias : \_\_\_\_\_

Mi hijo/ hija tendrá que tomar el siguiente medicamento: \_\_\_\_\_

(Nota: Si la escuela no ha sido ya informada dela necesidad de dispensar medicamento, usted necesita reunirse con los oficiales escolares para hacer los arreglos necesarios)

**EL FALLAR DE REGRESAR EL FORMULARIO FIRMADO SIGNIFICARA QUE EL ALUMNO NO SERA PERMITIDO DE PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD/ VIAJE DE ESTUDIOS.**

**ESTE FORMULARIO DEBE SER LLEVADO EN EL VIAJE POR EL REPRESENTANTE ESCOLAR.**