

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** cada año para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Grado: _____ Escuela: _____
 Médico personal _____ Teléfono: _____
 En caso de emergencia, comuníquese con:
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____

- | | Sí | No | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--|----------------------------------|
| 1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo: | | |
| ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Pie |
| ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Antebrazo | <input type="checkbox"/> Muslo |
| ¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> Tobillo |
| ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hombro | <input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Dedo |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Brazo | | |
| 4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. ¿Se siente estresado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ | | | 18. ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____ | | | Solo mujeres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré | | |
| ¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____ con un profesional médico | | |
| ¿Alguna vez ha convulsionado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____ | | |
| ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____ | | |
| ¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido, irritado o pinzado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____ | | |
| 5. ¿Le falta algún órgano par? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año? | | |
| 6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solo hombres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré | | |
| 7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. ¿Tiene dos testículos? _____ con un profesional médico | | |
| 8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene hinchazón o masas en los testículos? _____ | | |
| 9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 11. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

OPCIONAL: No se requiere un electrocardiograma (ECG). Al marcar esta casilla, elija obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre la evaluación cardíaca en el Formulario de Concientización sobre Paros Cardíacos Súbitos de la UIL.

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: _____ Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN: EXAMEN FÍSICO

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Talla: _____ Peso: _____ Porcentaje de grasa corporal (opcional): _____ Pulso: _____ PA: ____/____ (____/____, ____/____)
Presión arterial braquial mientras está sentado

Visión: D 20/____ I 20/____ Corregida: Sí No Pupilas: Iguales Desiguales

Como requisito mínimo, este **formulario de examen físico** debe completarse antes de la participación en la escuela intermedia y otra vez antes del primer y tercer año de participación en la escuela secundaria. Asimismo, *debe* completarse si hay respuestas afirmativas a las preguntas específicas del FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO del estudiante que se encuentra en el reverso. * *La política del distrito local puede requerir un examen físico anual.*

	NORMAL	HALLAZGOS ANORMALES	INICIALES*
EXAMEN MÉDICO			
Apariencia			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Ganglios linfáticos			
Corazón: auscultación del corazón en posición supina			
Corazón: auscultación del corazón de pie			
Corazón: pulsos de las extremidades inferiores			
Pulsos			
Pulmones			
Abdomen			
Genitales (solo hombres) si está indicado			
Piel			
Estigmas de Marfan (aracnodactilia, pectus excavatum, hiper movilidad articular, escoliosis)			

EXAMEN MUSCULOESQUELÉTICO			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñeca/mano			
Cadera/muslo			
Rodilla			
Pierna/tobillo			
Pie			

* Solo para los exámenes que se realizan en estaciones

AUTORIZACIÓN

- Autorizado
 Autorizado después de completar una evaluación o rehabilitación para: _____

No autorizado para: _____ Razón: _____

Recomendaciones: _____

Un médico, un asistente médico que cuente con la autorización de una Junta del Estado de Examinadores Asistentes Médicos, un enfermero registrado que cuente con el reconocimiento de la Junta de Enfermeros Examinadores, como un enfermero de prácticas avanzado, o un doctor en Quiropráctica debe completar y firmar la siguiente información. No se aceptarán los formularios de examen que tengan la firma de cualquier otro médico.

Nombre (letra imprenta) _____ Fecha del examen: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Debe completarse antes de que un estudiante participe en cualquier práctica, antes, durante o después de la escuela (tanto durante la temporada como fuera de la temporada), o en cualquier presentación, juego o partido.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Un prueba ECG (conocida también como ECG) podría ayudar a identificar a los deportistas jóvenes que están en riesgo de muerte cardíaca súbita, una afección en la que la muerte es el resultado de una pérdida abrupta de la función cardíaca. Una prueba ECG podría ayudar a diagnosticar varias afecciones cardíacas diferentes que pueden contribuir a la muerte cardíaca súbita.

Según el Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes HB 76 de la 86.ª Legislatura de Texas, el padre de familia podrá elegir que su hijo reciba un ECG. En la actualidad el CFISD tiene un programa de ECG y proporcionará un ECG gratuito el primer año que un estudiante elija recibir uno. Todo ECG secuencial correrá a cargo de los padres o tutores legales del estudiante y se realizará fuera de la escuela. También le pedimos que si realiza un ECG fuera del distrito escolar, comparta todo resultado anormal con el distrito escolar para garantizar la participación segura de su hijo en el deporte.

Al firmar a continuación, elijo o rechazo una prueba ECG proporcionada por el Distrito Escolar Independiente Cypress- Fairbanks para mi hijo. Al elegir recibir una prueba ECG, reconozco las limitaciones de la prueba de ECG y que aún podría ocurrir una muerte cardíaca súbita, a pesar de esta prueba. Además, reconozco que los estudiantes con una prueba de ECG anormal deberán realizar más pruebas (es decir, un eco o ultrasonido) y/o tener una consulta médica, a expensas de los padres, antes de ser dados de alta para reanudar la participación en las actividades del CFISD. Con mi firma a continuación, por la presente libero y exonero para siempre, y renuncio, a todos y cada uno de las reclamaciones contra el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks, sus empleados, fideicomisarios, consultores y contratistas que se relacionen con la elección del estudiante con respecto a y/o la participación en la prueba ECG, y autorizo al personal médico a revisar los resultados del ECG, e interpretar y usar los mismos para fines diagnósticos y estadísticos agregados, además de otra documentación médica archivada en con el distrito escolar y de acuerdo con la Ley de Derechos de Privacidad Educativa de la Familia y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

Yo, por la presente, **ACEPTO** y doy consentimiento para la participación en la prueba ECG en nombre de mi hijo menor de edad.

Yo, **RECHAZO** la participación en la prueba ECG en nombre de mi hijo menor de edad.

Nombre completo del estudiante

Fecha

Nombre del padre o tutor legal en imprenta

Firma del padre o tutor legal

Dirección de correo electrónico del padre o tutor legal: _____

INFORMACIÓN

ID del estudiante: _____ NOMBRE: _____

EDAD: _____ GÉNERO MASCULINO _____ FEMENINO _____ FECHA DE CUMPLEAÑOS: ____/____/____

GRADO: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL NOMBRE DE LA SECUNDARIA A LA QUE ASISTIRÁ EN EL 2025-2026:

- | | | | | | |
|----------|------------|----------|----------------|---------------|------------|
| Cy Creek | Cy-Fair | Cy Falls | Cy Lakes | Cy Park | Cy Ranch |
| Cy Ridge | Cy Springs | Cy Woods | Jersey Village | Langham Creek | Bridgeland |

Esta sección debe llenarla preparador físico
FECHA EN QUE SE HIZO LA PRUEBA ECG
 _____ / _____ / _____



Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks

Permiso de los padres para participar en actividades escolares

Con transporte del Distrito Sin transporte del Distrito

Nombre completo del estudiante

Escuela

Grado

Nombre del padre/tutor legal

() -
Teléfono primario

() -
Teléfono secundario

Contacto de emergencia secundario

() -
Teléfono primario

() -
Teléfono secundario

ACTIVIDAD: _____

PERMISO DE LOS PADRES: Para que su hijo pueda participar en esta actividad patrocinada por la escuela, se requiere tener el siguiente permiso firmado por los padres. La seguridad de los estudiantes es de suma prioridad; sin embargo, bajo las leyes estatales, el distrito escolar no es responsable por gastos médicos u otros gastos asociados a la lesión de un estudiante, a menos que la lesión ocurriese como resultado de la operación negligente de un vehículo del Distrito por un empleado. Al llenar y enviar este formulario, usted autoriza a su hijo a participar en el evento descrito anteriormente y reconoce ser responsable por todo gasto médico asociado con toda lesión que el estudiante pueda sufrir durante la actividad, excepto según declarado arriba. Se requiere también que los estudiantes usen el transporte provisto por el Distrito, a menos que el director de la escuela o su representante hayan autorizado específicamente al estudiante para llegar o salir por separado, y que el padre o tutor legal haya llenado los permisos escritos adicionales. El Distrito no será responsable por ninguna acción, lesión o daño que pueda ocurrirles a los estudiantes que viajen en vehículos no provistos por el Distrito.

Si el estudiante anteriormente mencionado necesitara atención y tratamiento inmediato como resultado de una lesión o enfermedad, autorizo a empleados de CFISD para que lo atiendan o accedan al tratamiento.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BAJO RECETA MÉDICA: Los medicamentos con receta administrados por la enfermera de la escuela durante el día escolar regular serán transportados/administrados por los patrocinadores del paseo durante la actividad que se lleve a cabo dentro del horario escolar regular.

_____/_____/20____
Firma del padre/tutor legal Fecha

Llene esta sección SOLAMENTE si su hijo requiere la administración de un medicamento bajo receta médica durante una actividad cuyo horario se **extienda más allá del día escolar regular**. En la tabla a continuación, liste los medicamentos que usted autoriza administrar a los miembros del personal de CFISD. Los patrocinadores del paseo proporcionarán instrucciones a los padres/tutores legales para que traigan los medicamentos antes del evento. De acuerdo con la norma FFAC (LOCAL) de la Junta de CFISD, los medicamentos deben entregarse en su envase original (con la etiqueta a nombre del estudiante) y los estudiantes tienen prohibido transportar medicamentos de la casa a la escuela y viceversa o de la casa a eventos patrocinados por la escuela/el distrito.

Nombre del medicamento	Dosis	Vía	Hora

_____/_____/20____
Firma del padre/tutor legal Fecha



**Paseo de Bellas Artes
Escuela Secundaria**

Nombre del estudiante

Escuela

Grado

Proporcione una copia de la tarjeta de seguro actual del estudiante.

Nombre de la Compañía de Seguro

Número de identificación

Número de Grupo

En caso de emergencia, los empleados de CFISD deben tener conocimiento de las condiciones médicas de su hijo para proporcionar el cuidado adecuado. A continuación, sírvase listar las condiciones médicas y los medicamentos que toma regularmente su hijo.

- Asma Diabetes Trastorno convulsivo Alergias alimentarias graves: _____
- Medicamentos diarios o en caso de emergencia: _____
- Información adicional: _____
- _____

Permiso para administrar medicamentos sin receta médica provistos por el distrito

Por la presente autorizo la administración de los siguientes medicamentos sin receta médica provistos por el distrito a mi hijo por empleados asignados del distrito. Encierre su respuesta 'Sí' o 'No' en la última columna.

Síntomas	Medicamento	Nombre de marca	Encierre en un círculo
Reacción alérgica	Diphenhydramine	Benadryl	Sí o No
Dolor leve/fiebre	Ibuprofen	Addaprin, Motrin	Sí o No
Dolor leve/fiebre	Acetaminophen	Tylenol	Sí o No
Dolor abdominal leve/acidez náuseas	Calcium Carbonate Chews	Tums, Maalox	Sí o No

Firma del padre/tutor legal

_____/_____/20

Registro de medicamentos (Para uso de personal de CFISD solamente)

Fecha: (Mes/Día)	Hora	Signos y Síntomas	Medicamento administrado	Iniciales
/				
/				
/				
/				
/				
/				

**FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO
DEL PADRE/ESTUDIANTE DE LA BANDA
DE MARCHA DE LA UIL**

Actualizado en 2025

No se le puede requerir a ningún estudiante que asista a una práctica relacionada con la banda durante más de ocho horas fuera del día escolar académico por semana calendario (de domingo a sábado). Esta disposición se aplica a los estudiantes en todos los componentes de la banda de marcha. **Excepciones:** para las escuelas que comienzan la instrucción antes del cuarto lunes de agosto, el límite de ocho horas de ensayo fuera del día escolar académico por semana calendario comenzará el martes inmediatamente posterior al Día del Trabajo. Las escuelas bajo esta excepción se limitarán a ocho horas de ensayo fuera del día académico por semana escolar (12:01 a. m. el primer día de clases de la semana calendario hasta el final del día escolar el último día de instrucción de la semana escolar) hasta el martes inmediatamente posterior al Día del Trabajo. Para cualquier semana del calendario que tenga menos de cinco días escolares, una banda de marcha puede ensayar una hora adicional más allá de las ocho horas por cada día sin clases, siempre y cuando no se exceda el límite de ocho horas durante la semana escolar.

En días de actuación (partidos de fútbol, competiciones y otras actuaciones públicas) las bandas pueden tener hasta una hora adicional de calentamiento y practicar más allá del tiempo de calentamiento programado. Las actuaciones múltiples en el mismo día no permiten la práctica adicional y el tiempo de calentamiento.

Ejemplos de actividades sujetas a la regla de ocho horas de la Banda de marcha de la UIL.

- Ensayo de la Banda de marcha (banda completa y componentes)
- Cualquier actividad instructiva del grupo de la Banda de marcha
- Descansos
- Anuncios
- Repaso y visualización de videos de la Banda de marcha
- Traspaso de la música de la Banda de marcha
- Seccionales de Banda de marcha (dirigidos por el director y el estudiante)
- Clínicas para la Banda de marcha o cualquiera de sus componentes

Las siguientes actividades no están incluidas en la asignación de ocho horas:

- Tiempo de viaje hacia y desde ensayos y presentaciones
- Tiempo de preparación del ensayo
- Reuniones motivadoras para eventos deportivos, desfiles y otras actuaciones públicas
- Instrucción y práctica para actividades musicales a parte de la Banda de marcha y sus Componentes

NOTA: puede encontrar más información sobre las limitaciones de la práctica de la Banda de marcha en:

www.uil texas.org/music/marching-band

"Hemos leído y comprendido la regla de las ocho horas de la Banda de marcha según lo indicado anteriormente y acordamos cumplir con estas reglamentaciones".

Firma del padre _____ Fecha _____

Firma del alumno _____ Fecha _____

Este formulario debe ser archivado por el distrito escolar local.

2026 CFISD Athletic Physical Dates

PARENTS / GUARDIANS: ALL CFISD ATHLETIC PAPERWORK MUST BE COMPLETE PRIOR TO PHYSICAL				
COST OF PHYSICAL: \$20.00 CASH ONLY OR MONEY ORDER ONLY - SOME SCHOOLS WILL UTILIZE SCHOOLCASH				
CAMPUS	DATE	TIME	LOCATION	8TH GRADE FEEDERS
CY FAIR ARNOLD	Tuesday, May 19, 2026	1:45pm - 5:45pm	CY FAIR MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS ARNOLD, HAMILTON
CY SPRINGS HOPPER	Tuesday, April 7, 2026	10:30am - 2:30pm	CY SPRINGS MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS ANTHONY, HOPPER, KAHLA
JERSEY VILLAGE COOK	Monday, April 13, 2026	2:00pm - 6:00pm	JERSEY VILLAGE LARGE COMMONS	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS COOK, DEAN
CY PARK ROWE	Thursday, April 16, 2026	1:00pm - 5:00pm	CY PARK MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS ROWE, THORNTON
CY RIDGE	Friday, May 1, 2026	11:00am - 3:00pm	CY RIDGE MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS CAMPBELL, DEAN, TRUITT
CY LAKES THORNTON/WATKINS	Friday, April 24, 2026	1:00pm - 5:00pm	CY LAKES MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS THORNTON, WATKINS
CY WOODS	Saturday, May 2, 2026	11:00am - 1:00pm	CY WOODS MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS GOODSON, SALYARDS, SPILLANE
CY CREEK BLEYL	Monday, May 4, 2026	2:00pm - 6:00pm	CY CREEK MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS BLEYL, CAMPBELL, HAMILTON
CY RANCH SMITH	Monday, May 18, 2026	1:00pm - 5:00pm	CY RANCH MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS ANTHONY, SMITH, SPILLANE
CY FALLS LABAY	Tuesday, May 19, 2026	11:00pm - 4:30pm	CY FALLS MULTIPURPOSE GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS LABAY, TRUITT
BRIDGELAND SPRAGUE	Wednesday, May 20, 2026	1:00pm - 4:30pm	BRIDGELAND MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS SALYARDS, SPRAGUE
LANGHAM CREEK ARAGON	Wednesday, May 13, 2026	2:00pm - 6:00pm	LANGHAM CREEK MAIN GYM	CURRENT 8th-GRADE FEEDERS ARAGON, KAHLA
MIDDLE SCHOOL PHYSICALS- CURRENT 6th AND 7th GRADERS				
CAMPUS	DATE	TIME	LOCATION	CURRENT 6th & 7th GRADERS
TRUITT	Saturday, May 2, 2026	(8:00am - 1:00pm)	CY RIDGE HS MAIN GYM	CURRENT 6th & 7th GRADERS
CAMPBELL	METHODIST	8:45	(Assisting Schools)	CURRENT 6th & 7th GRADERS
DEAN		9:30	Cy Creek	CURRENT 6th & 7th GRADERS
KAHLA		10:30	Cy-Fair	CURRENT 6th & 7th GRADERS
ANTHONY		11:30	Cy Springs	CURRENT 6th & 7th GRADERS
			Jersey Village	
			Langham Creek	
CAMPUS	DATE	TIME	LOCATION	CURRENT 6th & 7th GRADERS
SPILLANE	Saturday, May 2, 2026	(8:00am - 1:00pm)	CY WOODS HS MAIN GYM	CURRENT 6th & 7th GRADERS
SALYARDS	MEMORIAL HERMANN	8:45	(Assisting Schools)	CURRENT 6th & 7th GRADERS
HAMILTON		9:30	Bridgeland	CURRENT 6th & 7th GRADERS
GOODSON		10:15	Cy Falls	CURRENT 6th & 7th GRADERS
			Cy Lakes	
			Cy Park	
			Cy Ranch	
PARENTS / GUARDIANS: ALL CFISD ATHLETIC PAPERWORK MUST BE COMPLETE PRIOR TO PHYSICAL				
COST OF PHYSICAL: \$20.00 CASH OR MONEY ORDER ONLY - SOME SCHOOLS WILL UTILIZE SCHOOLCASH				