Campo de Verano para Voleibol de los Halcones

¡Aprendan como jugar voleibol y mejorar tus habilidades!

Los campistas de la escuela primaria y secundaria trabajaran con los entrenadores de la Preparatoria de College Place y Sager junto con los jugadores actuales de la escuela preparatoria. Nosotros proporcionaremos una introducción al deporte de voleibol, y el trabajo sobre fundamentos básicos que incluyen paso, servir, bateo y defensa. ¡Cada campista recibirá una camiseta de voleibol de halcones! Por favor regrese el formulario de inscripción a la oficina de Davis o a la oficina en la escuela Preparatoria de College Place no más tarde que el día 10 de junio. El costo es de $50; por favor de hacer los cheques a la Escuela Preparatoria de College Place Voleibol.

Equipo necesitado: zapatos de interior, que no marquen; rodilleras; pantalones cortos, camiseta, botella de agua

<u>Campo de Primaria para grados 1-5:</u>

Junio 19 -21 de 9 am-11:30 am en el gimnasio de la Preparatoria de College Place

<u>Campo de Escuela Secundaria grados 6-8:</u>

Junio 19 -21 de medio dia-3 pm en el gimnasio de la Preparatoria de College Place

Comuníquese con el Entrenador Principal de la Preparatoria de College Place, Angie Potts con cualquier pregunta.
Teléfono 509-629-1060 o correo electronico anjeanette_potts@yahoo.com

---

Por favor de regresar a la oficina de la Primaria Davis o Preparatoria para: junio 10, 2019

Nombre de Estudiante_____ Grado__ Edad_____
Tamaño de Camiseta (Circule Uno) YS YM YL S M L XL

Nombre de Padre_____ Teléfono_____
Correo Electronico_____

Información Medica de las Escuelas Públicas de College Place/ Liberación de Archivo

TIENE SU HIJO:

Alergias ___Si ___ No Si es que si, por favor de listar. _____

Enfermedades crónicas, como cardiopatía, asma, epilepsia, diabetes, etc. ___ Sí ___ No Si es sí, por favor de listar. _____

¿Ha tenido su hijo/a alguna lesión y/o operaciones durante el año pasado? ___ Si ___ No si es sí, por favor indique tipo y fechas. _____

¿Ha sido la actividad física de su hijo/a restringida durante el año pasado? ___ Si ___ No Si es sí, por favor liste las razones y la duración. _____

¿Está tomando su hijo/a algún medicamento? ___ Si ___ No si es sí, por favor indique el nombre del medicamento y dosis. _____

EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFIQUE:

Nombre _____ (Por favor de imprimir)

Relación _____

Teléfono: Trabajo (_____) _____ Hogar (_____) _____

Médico Familiar _____ Teléfono (_____) _____

Aseguranza Medica _____

Nombre de Asegurado _____

Poliza/Grupo # _____

Yo, como un padre o tutor de _____ (participante), un menor de edad, pedirle que él o ella sea admitido a participar en el campo de deportes patrocinado por la Preparatoria de College Place (CPHS). Soy plenamente consciente de los riesgos de seguridad de participar en esta actividad. Reconozco y acepto los riesgos y entiendo que el CPHS no puede garantizar la seguridad de mi hijo/a. Declaro a usted que no soy consciente de cualquier condición física que limitaría la participación de mi hijo/a en esta actividad. Entiendo que es mi responsabilidad hacerle saber si mi hijo/a tiene cualquier condición que limite su capacidad para participar con seguridad en esta actividad. A cambio de mi hijo/a se le permitiera participar en esta actividad y en la mayor medida permitida por la ley, por la presente renuncia y liberación y además acepta indemnizar, defender y mantener inofensivo a CPHS y sus síndicos, oficiales, agentes, empleados, y voluntarios de — todos pasivos, reclamaciones, costos, gastos, lesiones, y o / pérdidas que mi hijo/a menor puede mantener como resultado de la asistencia de mi hijo/a en el campo de deportes, o en el curso de competencia o actividades llevó a cabo en relación con el campo de deportes. Por este medio doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y de acuerdo a asumir toda la responsabilidad por el pago de gastos médicos y gastos. Por otra parte, seré responsable de presentar todas las reclamaciones con todas las compañías de seguros. Tienen mi permiso para lanzar una copia de este formulario y la información personal de seguros abajo a cualquier proveedor médico para tratar a mi hijo/a. Yo doy permiso para que las fotografías de mi hijo/a aparezcan en material promocional sobre futuros campamentos.

Firma de Padre/Tutor _____ Fecha _____

(Por favor escriba nombre y relación al participante) _____