  

***Halcones de Levantamiento***

Academia de BBall para chicos entrando A grados **6-10**

Entrenamiento de 3 en 3 Manejado el Balón v. Presión Pasando v Presión Tirando en juego

Ofensiva Movidas Completas Conceptos de Defensa Aprendizaje del Salón

Cuando:

**Jueves – Julio 24 3:00 p.m. a 6:00 p.m.**

**Viernes – Julio 25 3:00 p.m. a 6:00 p.m.**

**Sábado- Julio 26 3:00 p.m. a 6:00 p.m.**

Que debes traer lista de verificación:

Botella de Agua

Zapatos de Baloncesto

Pelota de Tenis

Postres

Cuaderno

Baloncesto Personal

Forma de Registración

Forma Médica

Pago en completo por $35: Efectivo o Cheque Necesidades Personales Medicas

Cheque de $35 pago hecho a CPHS Boys Basketball to: CPHS Boys Basketball, Attn: Paul Jessup, 1755 S. College Avenue,College Place, WA 99324

**Solamente $15 si estas participando en la *Academia de Pequeños de Baloncesto***

Localidad & Instrucciones: Preparatoria de College Place. Por favor de entrar por la parte de principal de la Preparatoria de College Place. Pasen al Laboratorio de Flex al lado Oeste (Salón con paredes de vidrio más cercano al área común al cruzar de la oficina escolar)

***Por favor de hacer planes para llegar a las 2:30 p.m. el Primer Día***

Historia – Hola, mi nombre es Paul Jessup, entrenador principal de baloncesto de niños en la escuela preparatoria de College Place. Estoy emocionado de entrar en mis 11 años de entrenador, en la escuela secundaria, varsity y experiencias como entrenadores colegiales. Mi deseo de fundamentos me ha llevado a trabajar sobre todo el país enseñando a cientos de atletas los fundamentos y los detalles del juego; incluyendo el trabajo con ex jugadores del NBA, jugadores de baloncesto europeos profesionales y algunos de los mejores entrenadores de baloncesto en el mundo. Espero poder llevar esa experiencia y la alegría del juego a nuestra Academia.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Yo me estoy registrando para:

Halcones de Levantamiento Academia de Baloncesto para Jóvenes………………………$35.00

Dinero Efectivo o Cheque es Aceptado

Fondos destinados para el Programa de Baloncesto de Muchachos del Distrito Escolar de College Place; incluyendo pero no limitado a los alimentos, equipo, capacitación para los entrenadores y el apoyo a los atletas estudiantes en necesidad financiera, etcétera.

Cheque de $35 pago hecho a CPHS Boys Basketball: CPHS Boys Basketball, Attn: Paul Jessup, 1755 S. College Avenue, College Place, WA 99324

Nombre de Atleta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado (Otoño 2019) \_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/Tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(para comunicarnos con usted durante horas de Academia)

Correo Electronico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***POR FAVOR NOTEN:***

Para el beneficio de los deportistas y su mayor potencial de crecimiento, le pedimos que los padres o tutores se abstengan de asistir a la Academia. Si los padres o tutores vienen al gimnasio al final para recoger a los estudiantes-atletas por favor de abstenerse de hablar, molestar o interactuar con los deportistas de cualquier manera durante las horas de Academia.

Esta es una Academia pública abierta a los deportistas que buscan adquirir habilidades y conocimientos para tener éxito en la cancha de baloncesto. Los deportistas pueden ser excusados de la Academia por palabras, acciones y conducta impropia de un halcón de levantamiento. Si un estudiante atleta está excusado de la Academia en cualquier día, no habrá reembolso otorgado.

Por los deportistas pagando y asistiendo a esta academia, usted acepta los términos indicados anteriormente.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**College Place School District Medical Release for Athletics**

Grade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ School: CPHS SAGER Sport:

Name: (Last, First) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City/State \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ City/State of Birth \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emergency Contact: Father \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Home/Cell/Work \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mother \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Home/Cell/Work \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Family Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physical problems we should be aware of (Allergies, Disabilities, etc.)

**REQUIRED:**

Insurance Co. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Group/Policy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In the event of a serious injury to the above named student, if unable to contact either of the parents/guardians, the coach in charge has our permission to seek medical attention from the nearest physician/emergency facility.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Distrito Escolar de College Place / Compartir Información Medica para Atléticos**

Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela: CPHS SAGER Deporte:

Nombre: (Apellido, Primero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cuidad/Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidad/Estado de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hogar/Celular/Trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hogar/Celular/Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas Fisicos cual necesitamos de estar enterados (Alergias, Discapacidades, etc.)

**NECESARIO:**

Compañía de Aseguro. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo/Póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En el evento de una lesión seria al estudiante nombrado arriba, si no podemos localizar a los padres/tutores, el entrenador encargado tiene nuestro permiso para buscar atención medica del doctor / facilidad de emergencia mas cercana.

Firma de Padres/Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_