

WRESTLING CAMP for 2nd - 6th GRADERS

LOCATION: High School Wrestling Rm. **TIME:** 12:30 PM - 1:30 PM **DATE:** June 8-25(Monday-Thursday)

A Wrestling Camp for second through sixth graders will be offered after Summer SPARK. Beginning wrestlers, as well as those with some experience are welcome. Our certified teachers and coaches will provide these young athletes with the basic knowledge and understanding of the sport and learn the basic fundamentals and techniques. Other games and activities will be played to help wrestlers with their skills while having fun doing so! To participate, complete this registration form. Bring shoes that can be worn in a gymnasium. Parents are responsible for transportation following this camp at 1:30pm. For more information feel free to contact Tate Murty or the school office.

Student Name: _____ **Grade (current):** 2 3 4 5 6 **Birthdate:** _____

Address: _____

Parent Name(s): _____

Email: _____ **Phone:** _____

Alternate Adult Name: _____ **Alternate Adult Phone:** _____

TRANSPORTATION

- ☐ I will arrange transportation for my child to be picked up at 1:30 PM.
- ☐ My child can walk or ride their bike home at 1:30 PM.

I grant permission for my son/daughter to participate in Wrestling Camp through the Arcadia School District's Summer School program. If the above-listed parent/guardian is unavailable, the alternate adult (listed) has permission to care for the student.

In an emergency situation, I understand that the teacher/advisor will attempt to contact the parent/guardian for directives. If unable to make contact with me, I grant the teacher/advisor to provide the necessary emergency care (transportation emergency room, etc.) and grant permission for emergency medical services to be performed. I understand that I, as parent/guardian, am responsible for the cost of services rendered.

Signature of Parent/Guardian

Date

Health Information:

Does your child have any medical conditions or medications that staff should be aware of (i.e. asthma, allergies, diabetes, seizures)? If yes, a school nurse will reach out to you for more information.

Medical Conditions: ☐ YES ☐ NO If yes, please contact the Nurse • **Medication given at school:** ☐ YES ☐ NO

Other Medical Concerns: _____

CAMPAMENTO DE LUCHAS PARA ESTUDIANTES EN 2º - 6º GRADO

LUGAR: gimnasio de lucha libre del secundaria **HORA:** 12:30 PM - 1:30 PM **FECHA:** Junio 8-25 (lunes - jueves)

Un campamento de lucha libre para los estudiantes de segundo a sexto grado se ofrecerá después del verano SPARK. Luchadores principiantes, así como aquellos con alguna experiencia son bienvenidos. Nuestros instructores y entrenadores certificados proporcionarán a estos jóvenes atletas los conocimientos básicos y la comprensión del deporte y aprender los fundamentos básicos y técnicas. ¡Se realizarán otros juegos y actividades para ayudar a los luchadores con sus habilidades mientras se divierten haciéndolo! Para participar, rellena este formulario de inscripción. Traiga zapatos que se puedan usar en un gimnasio. Los padres son responsables del transporte después de este campamento a la 1:30pm. Para más información no dude en ponerse en contacto con Tate Murty o la oficina de la escuela.

Nombre del estudiante: _____ **Grado (actual):** 2 3 4 5 6

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre de Padre(s): _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Nombre del adulto alternativo: _____ **Teléfono:** _____

TRANSPORTACIÓN

- ☐ Organizaré el transporte para que recojan a mi hijo/a a la 1:30 PM.
- ☐ Mi hijo/a puede caminar o ir en bicicleta a casa a la 1:30 PM.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en el Campamento de Luchas a través del programa de la Escuela de Verano del Distrito Escolar de Arcadia. Si el padre/adulto alternativo mencionado no está disponible, el adulto alternativo (listado) tiene permiso para cuidar al estudiante.

En una situación de emergencia, entiendo que el maestro/asesor intentará ponerse en contacto con el padre/adulto alternativo para obtener instrucciones. Si no puede ponerse en contacto conmigo, concedo al maestro/asesor que proporcione la atención de emergencia necesaria (transporte a la sala de emergencias, etc.) y concedo permiso para que se realicen servicios médicos de emergencia. Entiendo que yo, como padre/tutor, soy responsable del costo de los servicios prestados.

Firma de los Padres/Tutores

Fecha

Información sobre la salud:

¿Tiene su hijo/a alguna condición médica o medicación que el personal deba conocer (por ejemplo, asma, alergias, diabetes, convulsiones)? En caso afirmativo, una enfermera de la escuela se pondrá en contacto con usted para obtener más información.

Condiciones Médicas: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera

Medicamentos administrados en la escuela: ☐ SI ☐ NO

Otras preocupaciones Médicas: _____