



RUNNING CLUB

LOCATION: Cashen Field **TIME:** 7:00 PM - 8:00 PM

DATE: June 8-July 29 (Monday-Friday)

We are excited to offer a Running Club after Summer SPARK! To participate, complete this registration form. Class will meet at the H.S. Football/Soccer turf field at Cashen Field. Coaches will contact you to determine if locations need to change for a specific date (Raining/Lightening we will meet at the High School Entrance). Parents are responsible for transportation to and from this class. For more information feel free to contact Coach Tim Braunschweig at braunschweig@arcadia.k12.wi.us

Student Name: _____ **Grade (current):** 5 6 7 8 9 10 11 **Birthdate:** _____

Address: _____

Parent Name(s): _____

Email: _____ **Phone:** _____

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

I grant permission for my son/daughter to participate in the Running club 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: _____



CLUB DE MARATÓN

LUGAR: Campo Cashen **HORA:** 7:00 - 8:00 PM
FECHAS: Del 8 de junio al 29 de julio (De lunes a viernes)

¡Estamos encantados de ofrecer un club de running tras el programa SPARK de verano! Para participar, rellena este formulario de inscripción. Las clases se impartirán en el campo de césped artificial de fútbol americano y fútbol de la escuela secundaria, en Cashen Field. Los entrenadores se pondrán en contacto contigo para avisarte si es necesario cambiar de lugar en alguna fecha concreta (en caso de lluvia o tormenta eléctrica, nos reuniremos en la entrada de la escuela secundaria). Los padres son responsables del transporte de ida y vuelta a esta clase. Para más información, no dude en ponerse en contacto con el entrenador Tim Braunschweig en braunschweigt@arcadia.k12.wi.us

Nombre del estudiante: _____ **Grado (actual):** 5 6 7 8 9 10 11

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre de Padre(s): _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

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

Doy mi permiso para que mi hijo/a participe en el club de atletismo a través del programa de escuela de verano del Distrito Escolar de Arcadia. En caso de que el padre/tutor mencionado anteriormente no esté disponible, el adulto suplente (indicado) tiene permiso para hacerse cargo del alumno.

En caso de emergencia, entiendo que el profesor/asesor intentará ponerse en contacto con el padre/tutor para recibir instrucciones. Si no puede ponerse en contacto conmigo, autorizo al profesor/asesor a proporcionar la atención de emergencia necesaria (traslado a urgencias, etc.) y doy mi consentimiento para que se presten los servicios médicos de emergencia. Entiendo que, como padre/tutor, soy responsable del coste 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: _____