

ATTENTION 5th - 11th GRADERS

JOIN US FOR ARCADIA'S SUMMER BASKETBALL CAMP

LOCATION: WANEK Arena **TIME:** Gr. 5-7 1:30-3:00 PM; Gr 8-11 5:00-7:00 PM

DATE: June 9th - July 28th (Tuesdays ONLY)

A Basketball Camp for fifth through 11th graders will be offered June 9th - July 30th - Tuesdays ONLY. Our certified teachers and coaches will provide these young athletes with the basic knowledge and understanding of the sport and learn the fundamentals and techniques. Other games and activities will be played to help with their skills while having fun doing so! To participate, complete this registration form. Bring shoes that can be worn on the gym floor. For more information feel free to contact Ryan Sonnentag or the school office.



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

Address: _____ **Birthdate:** _____

Parent Name(s): _____

Email: _____ **Phone:** _____

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



I grant permission for my son/daughter to participate in Basketball 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: _____

ATENCIÓN, ALUMNOS DE 5.º A 11.º CURSO

ÚNETE A NOSOTROS EN EL CAMPAMENTO DE BALONCESTO DE VERANO DE ARCADIA

LUGAR: WANEK Arena **HORARIO:** 1:30-3:00

FECHAS: Del 9 de junio al 28 de julio (**SOLO los martes**)

Del 9 de junio al 30 de julio se organizará un campamento de baloncesto para alumnos de 5.º a 11.º curso, SOLO los martes. Nuestros profesores y entrenadores titulados proporcionarán a estos jóvenes deportistas los conocimientos básicos y la comprensión del deporte, y les enseñarán los fundamentos y las técnicas. Se realizarán otros juegos y actividades para ayudarles a mejorar sus habilidades mientras se divierten. Para participar, rellene este formulario de inscripción. Traiga zapatillas adecuadas para el suelo del gimnasio. Para más información, no dude en ponerse en contacto con Ryan Sonnentag o con la secretaria del colegio.

Nombre del alumno: _____ **Curso (actual):** 5 6 7 8 9 10 11

Dirección: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre(s) de los padres: _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Nombre de otro adulto de contacto: _____

Teléfono de otro adulto de contacto: _____



Doy mi permiso para que mi hijo/a participe en el campamento de baloncesto 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 del padre, madre o tutor

Fecha

Información sobre salud:

¿Tiene su hijo alguna afección médica o toma algún medicamento que el personal deba conocer (por ejemplo, asma, alergias, diabetes, convulsiones)? En caso afirmativo, la enfermera del colegio se pondrá en contacto con usted para obtener más información.

Problemas de salud: ☐ SÍ ☐ NO **En caso afirmativo, póngase en contacto con la enfermera • Medicamentos que se le administran en el colegio:** ☐ SÍ ☐ NO **Otros asuntos médicos:** _____