



K-11 GRADE GOLF

LOCATION: Golf Course **TIME:** 6:00 PM - 8:00 PM

DATE: June 8-June 25 (**Tuesdays Only**)

We're thrilled to offer a golf camp following the Summer SPARK program! To sign up, please fill out this registration form. The meeting point is the Arcadia Country Club. Parents are responsible for providing transportation to and from this activity. For more information, please feel free to contact Coach Meinerz or Coach Haines.

Student Name: _____ **Grade (current):** K 1 2 3 4 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 golf class 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

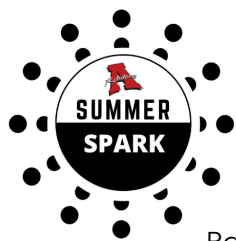
Health Information:

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: _____



GOLF PARA ALUMNOS DE 1.º A 11.º CURSO

LUGAR: Campo de GOLF **HORA:** 6:00 - 8:00 PM

FECHAS: Del 8 al 25 de junio (**SOLO los martes**)

¡Estamos encantados de ofrecer un campamento de golf tras el programa Summer SPARK! Para participar, rellena este formulario de inscripción. El punto de encuentro es el Arcadia Country Club. Los padres son responsables del transporte de ida y vuelta a esta actividad. Para más información, no dudes en ponerte en contacto con el entrenador Meinerz o el entrenador Haines.

Nombre del estudiante: _____ **Grado (actual):** K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre de Padre(s): _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

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

Doy permiso para que mi hijo/a participe en las clases de golf 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: _____