

KENT CITY VOLLEYBALL CAMP

June 17, 24 & JULY 8 @ KENT CITY MIDDLE SCHOOL GYM
JULY 22 @ KENT CITY HIGH SCHOOL GYM

COST: \$10.00 PER SESSION
INCLUDES A T-SHIRT
IF ATTENDING ALL 4 SESSIONS THE COST WOULD BE \$35.00 DUE ON THE FIRST NIGHT

3rd-5TH GRADE (ENTERING IN THE FALL) = 5:00 PM-6:30 PM

Please have your child bring the registration form and money on the first night they will be attending camp. Form only needs to be filled out one time.

MAKE CHECKS PAYABLE TO KENT CITY VOLLEYBALL

Please contact Varsity Coach Vandy Krueger with any questions 616-262-7464
Coached by the High School Coaches along with some players.

Name: _____ Grade: _____
Entering in the fall

Address: _____

Phone #: _____

Email: _____

PARENT'S MEDICAL RELEASE

I, _____, hereby give authorization to any employee of Kent City Community Schools to act in my/our behalf in case of any emergency involving my child,

_____. I understand that this release is for emergency situations only and only to be utilized after all attempts to contact me have been exhausted. This release is in effect from June 17, 2024, June 24, 2024, July 8, 2024 and July 22, 2024.

Signature of parent/guardian

Date

T-shirt Size: YOUTH S M L
PLEASE CIRCLE

ADULT S M L XL
PLEASE CIRCLE

Please make checks payable to: Kent City Volleyball

CAMPAMENTO DE VOLEIBOL DE LA CIUDAD DE KENT

17, 24 de junio y 8 de julio en el gimnasio de la escuela secundaria KENT CITY
22 DE JULIO EN EL GIMNASIO DE LA ESCUELA SECUNDARIA DE KENT CITY

COSTO: \$10.00 POR SESIÓN
INCLUYE UNA CAMISETA
SI ASISTES A LAS 4 SESIONES EL COSTO SERIA DE \$35.00 LA PRIMERA NOCHE

3rd -5th GRADO (INGRESO EN OTOÑO) = 5:00 p. m.-6:30 p. m.

Haga que su hijo traiga el formulario de inscripción y dinero la primera noche que asistirá al campamento. El formulario sólo debe completarse una vez

HAGA LOS CHEQUES A nombre de KENT CITY VOLLEYBALL

Comuníquese con el entrenador universitario Vandy Krueger si tiene alguna pregunta al
616-262-7464.

Con los entrenadores de la escuela secundaria junto con algunas jugadoras.

Nombre: _____ GRADO: _____

Entrar en el otoño

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LOS PADRES

Yo, _____, por la presente autorizo a cualquier empleado de las Escuelas de la Comunidad de la Ciudad de Kent a actuar en mi/nuestro nombre en caso de cualquier emergencia que involucre a mi hijo,

_____. Entiendo que esta autorización es solo para situaciones de emergencia y solo debe utilizarse después de que se hayan agotado todos los intentos de comunicarse conmigo. Este comunicado está vigente a partir del 17 de junio de 2024, 24 de junio de 2024, 8 de julio de 2024 y 22 de julio de 2024.

Firma del padre / tutor

FECHA

Tamaño de la camiseta: YOUTH S M L
POR FAVOR MARQUE

ADULT S M L XL
POR FAVOR MARQUE

Por favor haga los cheques a nombre de: Kent City Volleyball