

# KENT CITY 3RD & 4TH GRADE VOLLEYBALL CLINIC

FEBRUARY 24, MARCH 3, MARCH 10 & MARCH 17  
@ KENT CITY MIDDLE SCHOOL GYM

COST: \$40.00  
INCLUDES A T-SHIRT

3<sup>rd</sup> & 4<sup>th</sup> GRADE 6:00 PM-7:30 PM

**PLEASE CONTACT COACH KRUEGER TO REGISTER  
AND GUARANTEE A T-SHIRT**

**Please have your child bring the registration form and money on the first night**

**MAKE CHECKS PAYABLE TO KENT CITY VOLLEYBALL**

Please contact Varsity Coach Vandy Krueger with any questions at 616-262-7464 or  
vandy@nwkentmech.com

Coached by the High School & Middle School Coaches along with some players.

Name: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

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 February 24, 2025 March 3, 2025, March 10, 2025 and March 17, 2025.

\_\_\_\_\_  
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**

CLÍNICA DE VOLEIBOL DE 3.º Y 4.º GRADO DE KENT CITY

24 DE FEBRERO, 3 DE MARZO, 10 DE MARZO Y 17 DE MARZO EN EL GIMNASIO DE  
KENT CITY MIDDLE SCHOOL

COSTO: \$40.00  
INCLUYE CAMISETA

3er y 4to GRADO 6:00 PM-7:30 PM

POR FAVOR, CONTACTE AL ENTRENADOR KRUEGER PARA REGISTRARSE Y  
GARANTIZAR UNA CAMISETA

Por favor, haga que su hijo traiga el formulario de inscripción y el dinero la primera noche.

HAGA LOS CHEQUES A NOMBRE DE KENT CITY VOLLEYBALL

Comuníquese con el entrenador de la escuela secundaria Vandy Krueger si tiene alguna pregunta  
al 616-262-7464 o vandy@nwkentmech.com

Entrenamiento a cargo de los entrenadores de la escuela secundaria y la escuela media junto con  
algunos jugadores.

-----  
Nombre: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

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 entra en vigor a partir del 24 de febrero de  
2025, el 3 de marzo de 2025, el 10 de marzo de 2025 y el 17 de marzo de 2025.

\_\_\_\_\_  
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