



3RD AND 4TH GRADE VOLLEYBALL CLINIC

@ KENT CITY ELEMENTARY SCHOOL GYM
FRIDAYS- MARCH 3, 10, 17TH AND 24TH, 2023

COST: \$30.00

INCLUDES A T-SHIRT

***MARCH 3RD AND MARCH 17TH WILL GO FROM 3:15 PM 4:45 PM

***PLEASE NOTE THAT MARCH 10TH AND MARCH 24TH IS AN EARLY RELEASE SO
WE WILL GO FROM 12:15 PM-1:45 PM***

IF THERE IS A SNOW DAY ON ANY OF THESE DAYS, WE WILL NOT HAVE THE CLINIC

Please bring registration form and payment to the first day of the clinic.

MAKE CHECKS PAYABLE TO KENT CITY VOLLEYBALL

Please contact Varsity Coach Vandy Krueger with any questions at
616-262-7464

Coached by Middle and High School Coaches along with some high school 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 for Fridays, March 3, 10, 17th and March 24th, 2023.

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

CLÍNICA DE VOLEIBOL DE 3° Y 4° GRADO
@ GIMNASIO DE LA ESCUELA PRIMARIA DE LA CIUDAD DE KENT
VIERNES- 3, 10, 17 Y 24 DE MARZO DE 2023

COSTO: \$30.00

INCLUYE UNA CAMISETA

***DÍAS 3 Y 17 DE MARZO IRÁ DE 15:15 A 16:45

*** TENGA EN CUENTA QUE EL 10 DE MARZO Y EL 24 DE MARZO ES UNA SALIDA TEMPRANA, ASÍ QUE NOS VAMOS DE 12:15 A 13:45 ***

SI HAY UN DÍA DE NIEVE EN ALGUNO DE ESTOS DÍAS, NO TENDREMOS LA CLÍNICA

Por favor traiga el formulario de inscripción y el pago el primer día de la clínica.
HAGA LOS CHEQUES A nombre de KENT CITY VOLLEYBALL

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

Entrenado por entrenadores de secundaria y preparatoria junto con algunos jugadores de preparatoria.

Nombre: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Tel: _____

Email: _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LOS PADRES

Yo, _____, por la presente doy autorización a cualquier empleado de las Escuelas de la Comunidad de la Ciudad de Kent para que actúe en mi/nuestro nombre en caso de cualquier emergencia que involucre a mi hijo, _____ . Entiendo que este comunicado es solo para situaciones de emergencia y solo para ser utilizado después de que se hayan agotado todos los intentos de contactarme. Este comunicado está vigente para los viernes 3, 10, 17 y 24 de marzo de 2023.

Firma del padre / tutor

Fecha

Talla de camiseta: JOVEN S M L ADULTO S M L XL
POR FAVOR CIRCULAR OR FAVOR CIRCULAR

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