



# YOUTH TENNIS LESSONS

**Program Instructor:**  
**Program runs: June 3rd – June 19<sup>th</sup>, 2024 .**



## Registration Form

*I, the Parent/Guardian of the child listed below, hereby agree to indemnify and hold harmless the Osceola Parks and Recreation Department, Clarke Community School District, the City of Osceola, their agents, commissioners, officers, volunteers and employees of from any and all liability for personal injuries or damages that may hereafter be sustained while participating in, traveling to or from, or observing of this Youth Recreational Program .*

**Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Male/Female**

**Grade:** \_\_\_\_\_ **Phone:(Cell)** \_\_\_\_\_ **(W)** \_\_\_\_\_

**E-mail address:** \_\_\_\_\_

**Parent's Name (print):** \_\_\_\_\_

**Participant T-shirt Size:** *(Please circle one)*

**Youth Sizes:**

Small Medium Large

**Adult Sizes:**

Small Medium Large X-Large XX-Large

**Registration Fee:**  
\$40  
**Payable to:**  
Osceola Parks and Recreation  
**Please Return Form To:**  
Osceola Parks and Recreation Department  
115 N. Fillmore St.  
Osceola, Iowa 50213

**Times of Instruction:**  
5<sup>th</sup> - 12<sup>th</sup> Grade - 8:00am (Mon – Thur.)  
1<sup>st</sup> – 4<sup>th</sup> Grade – 9:00 am (Mon – Thur.)  
**Class Dates:**  
June 3rd – 6th, June 10th – 13th,  
June 17 – June 19th.  
June 19th will be FUN DAY everyone  
attends 8:30-10:00 a.m.

## MEDICAL AUTHORIZATION

**FOR:** \_\_\_\_\_

**I, THE PARENT/LEGAL GUARDIAN OF THIS PARTICIPANT IN THE LOCAL YOUTH BASKETBALL PROGRAM, HEREBY AUTHORIZE THE TEAM COACH/ASSISTANT COACH TO OBTAIN WHATEVER MEDICAL SERVICES DEEMED NECESSARY IN THE EVENT THE PARTICIPANT SUSTAINS AN ILLNESS OR INJURY IN MY ABSENCE. THIS AUTHORITY INCLUDES CONSENT TO ANY MEDICAL PERSONNEL OR FACILITY TO RENDER CARE AND TREATMENT AUTHORIZED BY THE COACH/ASSISTANT COACH. VOLUNTEERS WILL NOT BE RESPONSIBLE FOR THE COST OF MEDICAL TREATMENT OR TRANSPORTATION.**

**Listed Below Are Any Allergies/Illnesses Or Special Needs Of The Participant:**

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian(Signature):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



# CLASE DE TENNIS JUVENIL

Estudiantes desde 1er Grado hasta High School

Instructor de Programa:  
Programa comienza: Junio 3–Junio 19, 2024



## Forma de Registracion

*Yo, El padre/Guardián del niño mencionado abajo, por la presente acepto indemnizar y mantener indemne el Departamento de parques y recreación de Osceola, la ciudad, sus agentes, comisarios, oficiales, voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad por lesiones personales o daños y perjuicios que de ahora en adelante pueden ser sostenidos durante su participación en viajar a o desde, u observación de este programa de ocio juvenil.*

Nombre De Niño/a: \_\_\_\_\_ Hombre /Mujer

Grado: \_\_\_\_\_ Tel: (H) \_\_\_\_\_ (C) \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

### Circule Medida de Playera del participante:

#### Medida de Joven:

Small Medium Large

#### Medida De Adultos:

Small Medium Large X-Large XX-Large

#### Costo de registracion:

\$40 por participante

#### Pago a nombre de:

Osceola Parks & Recreation Department

#### Favor de regresar a:

Osceola Parks & Recreation Department  
115 N. Fillmore St. Osceola, Iowa 50213.

#### Horarios:

5-12 Grado- 8:00am (M-Th)

1-4 Grado - 9:00am (M-Th)

#### Fechas de Clases:

Junio 3- Junio 6, Junio 10-13, Junio 17-19

Termina con día de diversion Junio 19, 8:30-10:00am

#### Autorizacion Medica

FOR: \_\_\_\_\_

**Yo, EL PADRE /TUTOR LEGAL DE ESTE PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA JUVENIL LOCAL, POR LA PRESENTE AUTORIZO AL ENTRENADOR/ ENTRENADOR ASISTENTE DEL EQUIPO OBTENER SERVICIOS MÉDICOS DE LO QUE SE CONSIDERAN NECESARIOS EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE TUVIERA UNA ENFERMEDAD O LESIÓN EN MI AUSENCIA. ESTA AUTORIDAD INCLUYE EL CONSENTIMIENTO PARA CUALQUIER PERSONAL MÉDICO O FACILIDAD PARA PRESTAR ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO AUTORIZADO POR EL ENTRENADOR/ ENTRENADOR ASISTENTE. LA CIUDAD DE OSCEOLA, PARQUES Y RECREACIONES, SUS AGENTES, COMISARIOS, FUNCIONARIOS, VOLUNTARIOS Y EMPLEADOS NO SERÁN RESPONSABLES POR EL COSTO DE TRATAMIENTO MÉDICO O TRANSPORTE.**

**Enumerados a continuación son alergias/enfermedades o necesidades especiales del participante**

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/ Guardian): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_