



Mayfield Graves Soccer Club



2023 Temporada de Otono - Para todas edades 3-16 a partir de 2023

¡Siempre buscando voluntarios motivados! Si desea asegurarse de que GCSA siga sirviendo a nuestra comunidad o si le gustaría ayudar a mejorar el programa, por favor considere ser voluntario. ¡Nuestros voluntarios hacen todo lo posible!

Dónde

En línea en www.gcysa.net

En persona Indoor Expo II

En el Recinto Ferial Mail a P.O. Box 5059

Mayfield, KY 42066

Cuando

Madrugador En línea: 1 de Julio al 16 de Julio

En persona: 15 y 17 de Agosto 10a.m. 12p.m.

12 y 19 de Agosto 5 p.m. - 7 p.m.

Cambiar

¡En la Temporada de 2023 aspiramos a dar a todos los niños la oportunidad de jugar gratis gracias a la gran ayuda de nuestros patrocinadores! Estamos agradecidos por todo el apoyo ya que nuestra organización se ha agotado de todos sus fondos al apoyar a las víctimas del tornado. ¡No hemos recibido ningún reembolso o apoyo del gobierno local de la ciudad / condado y apreciamos su AYUDA!

Voluntario Necesitar

MGSC necesita su ayuda! Estamos buscando individuos motivados con una perspectiva positiva para ayudar a fomentar el crecimiento dentro de nuestra organización. Necesitamos voluntarios para ayudar a trabajar en todos los frentes. Si está interesado en trabajar en las decisiones de Mantenimiento de Campo, Concesiones, Coaching y Junta, háganoslo saber mientras registra a su hijo.

Tarifas

Cheques a nombre de: GCSA / P.O. Box 5059 / Mayfield, KY 42066

2 - Camisas de Uniforme (\$20) 1-Camisa local y 1-Camisa visitante 1 - Camisa de Uniforme (\$10)

U4 (\$40) U6 (\$40) U8 - U12 (\$50) U14 - U19 (\$50)

SNAP Tarifa descontada (\$20) * SNAP sólo beneficios con la prueba (carta) presentada en el registro.

Hermanos: El primero es precio completo y \$10 descuento por cada adicional. *No aplica con otros descuentos.

MANTÉNGASE CONECTADO

Para Más Información y Actualizaciones

Mensaje:

www.facebook.com/GravesCoSoccerAssn

Correo electrónico:

gcsa42066@gmail.com

Visitar:

www.gcysa.net

Llamar:

502-625-5310

FECHAS IMPORTANTES

Reuniones de la Junta Directiva @

6:30 pm Cada tercer Martes

Entrenadores Reunión

Se Anunciaran Fechas

Todos los días de juego: 16 y 23 de

Septiembre & 7 de Octubre 14, 21, 28,

& 4 de Noviembre

Fotos individuales y de equipo

Se Anunciaran Fechas

Uniforme

Tamanos: YXS, YS, YM, YL, YXL, AS, AM, AL

Tamanos Necesito: _____

Cielo Azul: Blanco:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: Por favor complete todas las áreas e imprima Claramente

Categoría de Edad: Kinder U6 U8 U10 U12 U14 U16

* Algunas ligas pueden ser combinadas

Nombre de jugador: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____ Genero: M / F

Dirección: _____ Nombre de Escuela o guardería: _____

Nombres de Padres: _____ Correo electrónico: _____

Telefono #1: _____ Telefono #2: _____

Afecciones médicas, discapacidades o solicitudes: _____

Voluntarios: Entrenador Asistente Manager de Equipo Miembro de Consejo Concesiones Mantenimiento de Campo

Liberación y indemnización/consentimiento para tratamiento médico

Los padres de la persona registrada, un menor de edad, acepto que yo y el contratante será cumplir las normas de USYSA, sus organizaciones afiliadas y patrocinadores. Reconociendo la posibilidad de lesiones asociadas con el fútbol y en la consideración de USYSA aceptando al contratante de sus programas de fútbol y actividades (los "programas"), por este medio liberación, descarga o indemnizar USYSA, sus afiliado organizaciones y patrocinadores, sus empleados y personal asociado, incluyendo los dueños de los campos e instalaciones utilizadas para los programas, contra cualquier reclamo por o en nombre de la persona registrada como resultado de la participación de la persona registrada en los programas y / o transportados hacia o desde el mismo, que transporte autorizo por este medio. Este documento da consentimiento a cualquier hospital o centro de tratamiento de emergencia, médico, dentista o empleado calificado de la misma para administrar el tratamiento necesario. En caso de que yo no puedo llegar para la emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el Oficial de Cargo, para hospitalizar, asegurar adecuada anestesia o para ordenar las inyecciones o cirugía para mi hijo.

Paid: Check Cash

Check #: _____

SNAP Benefits:

Sibling Discount: Bv. 3.13.2022

Firma: _____ Fecha: _____