



Boys Basketball Clinic - 10/13 (4th-8th Grade)

Redwood City Parks, Recreation & Community Services | www.teamsideline.com/redwoodcity



PLEASE COMPLETE AND RETURN TO RED MORTON COMMUNITY CENTER - 1120 ROOSEVELT AVE, REDWOOD CITY
REGISTRATION DEADLINE: Wednesday, October 8, 2025. | CONTACT: Mike Smith 780.7254 msmith@redwoodcity.org

REGISTRATION FEE: \$30

INFORMATION: Monday, 10/13 (Indigenous Peoples Day) at Red Morton from 10am-12pm.

This exciting 1-day clinic will focus on the five (5) fundamentals of basketball (ball-handling, passing, defense and rebounding, shooting, and finishing), while introducing and teaching various intricacies and nuances of the game. Participants will be broken into groups based on grade for drills and games. Instruction by Team Esface Basketball.



REFUND POLICY: If a class is cancelled by the department, a full refund will be issued. Class cancellations made one (1) week prior to the class start date will receive a refund less a \$5 cancellation fee. Participants who wish to withdraw from a class less than one (1) week prior to the start date will receive a department credit which may be applied to any future recreation department activity, less the \$5 cancellation fee. In general, no refunds or credits will be issued after the class begins.

ACTIVITY REGISTRATION

PARTICIPANT'S NAME First & Last	BIRTHDATE (mm/dd/yy)	GRADE	SCHOOL	GENDER (circle)	PROGRAM #	FEE
				M / F / NB / O	46.412	\$30

Total Fees \$

I wish to donate to the Youth Scholarship Fund + \$

☐ Permission to walk home alone? If yes, check the box.

Less Credit on Account - \$

TOTAL \$

PRIMARY CONTACT (Adult)

COMPLETE ENTIRE FORM

Name _____ Birthdate ____/____/____ Gender (Circle one) M F Non Binary Other

Street Address _____

City _____ Zip _____ Email Address _____ Check box to receive promotional emails ☐

Primary Phone (____) _____ Secondary Phone (____) _____ Cell Phone (____) _____

Cell Phone Carrier (if you wish to receive important text alerts- ATT, Verizon, etc.): _____ Emergency Contact _____

Relationship to participant _____ Emergency Daytime Ph:(____) _____ Emergency Evening Ph:(____) _____

LIABILITY WAIVER & PHOTO RELEASE (Adult)

LIABILITY WAIVER (all classes require the signature of each Registering Adult or the Parent or Guardian of any Minor(s). Permission to participate in the following programs, including associated travel sponsored by the City of Redwood City Parks, Recreation & Community Services Department is given for me and/or child as named below. In consideration of participation in these programs, I hereby indemnify and hold harmless and release the City of Redwood City, its agents, its employees and volunteers working for the City, from any and all liability for injury suffered by me or my child arising from or connected with these programs. I assume all risk for any injuries, including the risk of exposure to communicable diseases as a result of my child's and/or my participation in the program. To the extent I and/or my child are participants of virtual recreation classes, I acknowledge I am responsible for ensuring my child's and/or my environment is safe/free from obstructions and that any use of third-party applications (Zoom, Microsoft Teams, etc.) is done at our own risk. I sign of my own free will. **Sign Below**

PHOTO RELEASE: I/we agree to allow use of my/our photograph in program publicity. I have read and fully understand these policies. **Initial Below**

☒	Waiver Signature	Photo Release Initial
	Print Name	Date

PAYMENT



☐ CREDIT CARD

Card # _____ Exp. Date _____ Security Code (3 or 4 digit #) _____

Signature X _____

Name on Card (print) _____

☐ CHECK

Payable to: CITY OF RWC

\$15 returned check fee

☐ CASH



Clínica de baloncesto - 10/13 (4-8vo Grado)

Redwood City Parks, Recreation & Community Services | www.teamsideline.com/redwoodcity



COMPLETAR Y DEVOLVER RED MORTON COMMUNITY CENTER - 1120 ROOSEVELT AVE, REDWOOD CITY

FECHAS DE REGISTRO: Miércoles, Octubre 8, 2025. | **CONTACTO:** Mike Smith 780.7254 msmith@redwoodcity.org

COSTE: \$30

PROGRAMA #: 46.412

INFORMACIÓN: Lunes, 10/13 - (10am-12pm) en Red Morton. La clínica se centrará en los 5 fundamentos del baloncesto (manejo de la pelota, pase, defensa y rebotes, y el tiro), junto con la introducción y la enseñanza de diversas complejidades y matices del juego. La Clínica será administrada por la Team Esface.



POLÍTICA DE REEMBOLSO: Un cheque o reembolso de tarjeta de crédito se emitirá si los participantes se retira al menos de 2 semanas antes del inicio de los partidos de liga, menos una cuota de procesamiento de \$5. (No hay ninguna cuota de procesamiento si se cancela el equipo). Ningún reembolso se dará si participantes retiran dentro de 2 semanas antes del comienzo de juegos de liga.

REGISTRACION PARA ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (PRIMER NOMBRE Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/ANOS)	La Escuela	Grado	GÉNERO (circle)	NOMBRE DE PROGRAMA	COSTE
				M / F / NB / O		

☐ Permiso para caminar a casa

Coste \$

Deseo donar al Fondo de Beca de Deportes + \$

Menos Credito en su Cuenta - \$

Cantidad Pagada \$

CONTACTO PRINCIPAL (Adulto)

COMPLETAR EL FORMULARIO COMPLETO

Nombre _____ Fecha Nac. ____/____/____ Género (Circle one) M F Non Binary Otro

Dirección de Residencia _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Revise para recibir
carta electrónicas
promocionales ☐

Telefono de Casa (____) _____ Teléfono Secundario (____) _____ Teléfono Celular (____) _____

Compañía de teléfono celular (si desea recibir alertas de texto importante): _____ Contact para Emergencias _____

Relación con el participante _____ Telefono del Contacto para Emergencias(____) _____

RENUNCIA DE OBLIGACIÓN Y USO DE FOTO (Adulto)

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Al firmar esta solicitud, certifico que he leído y entiendo las reglas y políticas del centro y que yo (y esta organización) cumpliré con las condiciones establecidas. Por la presente, indemnizo y exijo de responsabilidad a la Ciudad de Redwood City, su Consejo, agentes, empleados y voluntarios de cualquier reclamo, pérdida, daño, responsabilidad, lesión o costo de gastos que puedan surgir, durante o causados de alguna manera, por uso u ocupación de instalaciones recreativas. Entiendo y asumo el riesgo de uso u ocupación de instalaciones recreativas, y el riesgo de todas las lesiones, incluido el riesgo de enfermedades transmisibles. Certifico que yo (o la organización que represento) seré responsable de los daños sufridos en los edificios, muebles o equipos por la ocupación o el uso de dicho edificio / instalación por parte del solicitante. Cualquier equipo perdido o daños sufridos serán compensados dentro de los siete días. Firmo por mi propia voluntad. **Firma abajo**

PUBLICACIÓN DE FOTOS: Yo / nosotros aceptamos permitir el uso de mi / nuestra fotografía en la publicidad del programa. He leído y comprendo completamente estas políticas. Cuando las fotografías se utilizan con fines publicitarios, los niños nunca son identificados por su nombre. He leído y entiendo completamente estas políticas. **Inicial a continuación.**

☒	Firma	Publicación de fotos iniciales
	Escribe nombre	Fecha

PAGO



☐ Tarjeta Crédito

Tarjeta # _____ Fecha de vencimiento _____ (3 or 4 digit #) _____

Firma X _____

Nombre que aparece en la tarjeta (escribe) _____

Security Code

☐ Cheque

Pago a: CITY OF RWC

\$15 returned check fee

☐ Efectivo