

Winter Sports Program

Tuesday's Jan 9th, 16th, 23rd, and 30th 8:30-12:30

Student's Name:		Grade:	1	2	3	4	5
Parent's Name:		Teacher:					
Parent's Phone Number:							

Activity and Level - Please choose one option

OPTION 1: DOLLAR <i>*Student insurance required</i> ACTIVITY: Please choose one ☐ Ski ☐ Snowboard <i>*No first time snowboarders allowed</i> LEVEL: Please choose one ☐ First time ☐ Quarter Dollar ☐ Half Dollar ☐ Full Dollar	OPTION 2: BALDY <i>* Student insurance required</i> <i>*To ski on Baldy, your child must have skied Baldy before</i> <i>* 2nd-5th grade only</i> ACTIVITY: Please choose one ☐ Ski ☐ Snowboard LEVEL: Please choose one ☐ Easy Runs Only ☐ Mostly Groomed Runs ☐ Faster Runs ☐ Black Diamonds	OPTION 3: NORDIC <i>* Student insurance required</i> <i>*3rd-5th graders only (and experienced 2nd graders)</i> ACTIVITY: Please choose one ☐ Nordic Ski	OPTION 4: ICE SKATE / SNOWSHOE <i>*NO student insurance required</i> ACTIVITY: Please choose one ☐ Ice Skate & Snowshoe at the Rec
---	--	---	--

Equipment

equipment will be provided for Nordic, Ice Skating & Snowshoeing

☐ My child has their own ski equipment.
☐ My child will need to rent their own ski equipment. <i>*2023/2024 Lease Packages range from \$125 - \$165 for the ski season. Please contact local ski shops sooner than later to purchase lease packages.</i>

Lunch

☐ My child needs a sack lunch from school each day.

☐ My child will bring their lunch from home each day.

Be a Volunteer

☐ I am interested in volunteering. I understand that I will be required to complete a background check provided by the school district.

☐ I understand by volunteering I am agreeing to participate in all 4 weeks of the program.

Name: _____

Phone Number: _____

Email: _____

Medical Insurance Agreement

I _____ (parent's name) understand that my child needs medical insurance to participate in these activities, and I will **NOT** hold Blaine County School District or Sun Valley Ski Company liable. If my child does not have insurance, I will take the necessary steps to have insurance no later than **January 5th**.

Parent Signature: _____

Medical Insurance Information

☐ My child has insurance.

Insurance Company: _____

Policy Number: _____

☐ My child does not have medical insurance. I will call the office (208-578-5050) to get the information needed to sign up for supplemental insurance. **I understand that if I do not sign up for insurance, my child will not be able to ski.**

FORMS DUE: Thursday, November 16th

PROGRAMA DE DEPORTES INVERNALES

Martes 9, 16, 23 y 30 de enero 8:30-12:30

Nombre del estudiante:		Nivel:	1	2	3	4	5
Nombre del padre:		Maestra					
# de teléfono del padre:							

Actividad y Nivel - POR FAVOR ELIGE UNO

Opción 1: DOLLAR <i>*Se require seguro estudiante</i> Actividad: Por favor elige uno ☐ Esquiar ☐ Snowboard <i>*No se permite practicantes de patineta de nieve por primera vez</i> LEVEL: Por favor elige uno ☐ Esquiador por primera vez ☐ Esquiador de un cuarto de dólar ☐ Esquiador de medio dólar ☐ Esquiador de dólar completo	Opción 2: BALDY <i>* Se require seguro estudiante</i> <i>**Para esquiar en Baldy, su hijo(a) debe de tener experiencia esquiando en Baldy</i> <i>* Solamente para los estudiantes del 2° - 5° grado</i> Actividad: Por favor elige uno ☐ Esquiar ☐ Snowboard LEVEL: Por favor elige uno ☐ Sólo carreras fáciles ☐ Corridas más cuidadas ☐ Más rápidas ☐ Diamantes negros	Opción 3: ESQUIADORES NORDICOS <i>* Se require seguro estudiante</i> <i>*3° - 5° grado (y estudiantes de 2° quién tienen experiencia)</i> Actividad: Por favor elige uno ☐ Esquiadores nórdicos	Opción 4: PATINANDO Y RAQUETAS DE NIEVE <i>*No necesita seguridad</i> Actividad: Por favor elige uno ☐ Patinando y Raquetas de nieve en el Rec
--	---	---	---

Equipo

se proporcionará equipo para Nórdicos, Patinando y Raquetas de nieve

☐ Mi hijo(a) tiene su propio equipo para esquiar.

☐ Mi hijo(a) debería alquilar su propio equipo de esquí.

**Los paquetes de arrendamiento para 2023/2024 varían entre \$125 y \$165 para la temporada de esquí. Comuníquese con las tiendas de esquí locales lo antes posible para comprar paquetes de arrendamiento.*

Almuerzo

☐ Mi hijo(a) necesita un almuerzo de la escuela cada día.

☐ Mi hijo(a) va a traer su almuerzo de casa todos los días.

Ser un voluntario

☐ Tengo interés en ser voluntario. Entiendo que es un requisito tener una verificación de antecedentes realizada por el distrito escolar.

☐ Entiendo que al ser voluntario aceptó participar en las 4 semanas del programa.

Nombre:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Información de aseguranza médica

Yo _____ (nombre del padre) entiendo que mi hijo(a) necesita aseguranza médica para participar en estas actividades y **NO** haré responsable al Distrito del Condado de Blaine, ni a la compañía de Sun Valley Ski. Si mi hijo(a) no tiene aseguranza médica, voy a hacer lo posible para obtener aseguranza antes del **5 de enero**.

Firma del padre: _____

Aseguranza

☐ Mi hijo(a) tiene aseguranza médica.

Compañía de aseguranza: _____

Número de póliza: _____

☐ Mi hijo(a) no tiene aseguranza médica. Yo voy a llamar a la oficina (578-5050) para obtener aseguranza médica de la escuela para este evento. **Yo entiendo que si no obtengo aseguranza médica, mi hijo(a) no podrá participar en este evento.**

FORMULARIOS VENCIMIENTO: jueves 16 de noviembre