

YMCA Winter Youth Basketball League

*Please fill out **all** the following information below*

Participant Name _____ DOB _____ Grade _____

Address _____ Ph Number _____

Email _____ School _____ Jersey Size YS YM YL YXL S M L

Circle Preference(s) Below

Level of Play 1 2 3 4 5

Practice Day Preference M/W T/Th

Practice Time Preference 3:30 PM 4:30 PM 5:30 PM 6:30 PM N/A

Coach/Team Request _____

Interested in Coaching Y N

Emergency Contact Name _____ Ph _____

Guardian Signature _____



YMCA Winter Youth Basketball League

*Por favor llene **toda** la informacion:*

Nombre de Participante _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____

Domicilio _____ Numero Tel _____

Correo Electronico _____ Escuela _____

Medida de Camiseta YS YM YL YXL S M L

Escoga Su Preferencia

Nivel de Jugador 1 2 3 4 5

Preferencia de Dia de Practica Lu/Mi Ma/Ju

Preferencia de Practica 3:30 PM 4:30 PM 5:30 PM 6:30 PM N/A

Peticion de Participante _____

Interesado en ser Entrenador S N

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Tel _____

Firma de Guardian _____

