



Florecente Soccer Clinic Registration Form

Players Name: _____

Age: _____

Birthdate: _____

Address: _____

Parent/Guardian name: _____

Phone: _____ Email: _____

Summer Clinic

Place: 1122 5th Avenue – Moline - Teen Center

Dates: August 13 - 15

Cost: \$5.00 per participant

Time : 6:00 – 7:00 p.m.

Ages: 6-12 years old

Parent / Guardian Signature: _____

❖ It is recommended each player have shin guards.

**Please return this completed form along with payment to the Moline Club at
406 7th Street or the Administration office at 338 6th Street by Friday, August 3rd**



Formulario de registro para clínica de verano

Nombre de jugador: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre de Padres: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Clínica de verano

Lugar: 1122 5th Avenue – Moline- Teen Center

Fecha: 13-15 de agosto

Costo - \$5.00 por participante

Horario – 6:00 PM – 7:00 PM

Edad – 6-12 Años

Firma de padres/guardián: _____

- ❖ Se recomienda que cada jugador tiene shin guardias.

Por favor devuelva este formulario junto con el pago al Club de Moline (406 7th Street) o a la oficina de administración (338 6th Street) antes del 3 de agosto.