



Formulario de Registro de participantes

Fechas / Lugar
Julio 11-15th
Iglesia de San Gabriel



Información Del Niño/ Niña:

Nombre: _____

Sexo: (Escoja uno) M F Edad: _____ Grado completado: _____

Talla de Camiseta: (Escoja uno) Talla del niño (a) : XS S M L Talla de Adulto: S M L XL

Condiciones Medicas o Alergicas: _____

Numero de Seguro (si aplica): _____

Información Familiar:

Nombres de Padres o Tutores: _____

Dirección: _____

Numero de Telephõno:

Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Email: _____

Caso de Emergencia:

Nombre: _____

Telephono: _____

Yo entiendo que se tomarán las precauciones necesarias para proteger la salud y el bienestar de los participantes en este VBS y que me notificará tan pronto como sea posible en caso de una emergencia . En el caso de enfermedad o de un accidente , autorizo y consiento al equipo de VBS , u otros voluntarios asociados del programa de VBS para obtener atención médica de un médico , hospital, clínica con licencia o un médico para mi hijo / hija en el caso de que yo o otro tutor legal (s) no puede ser alcanzado . Por la presente exonero a esta Diócesis y la Parroquia de toda clase de acciones, reclamaciones que yo o el niño nombrado arriba se puede tener o por cualquier razón , que surge durante la asistencia del VBS de mi hijo . A menos que se presente otra instrucción escrita , también consentimiento para permitir que la imagen de mi hijo que va a grabar , ya sea por fotografía o video , y se utiliza durante la semana o VBS para la futura publicidad de programas VBS.

Firma del padre o Tutor _____ Fecha _____

Devuelva la forma hosta **Junio 30, 2016 con \$ 20 costo de la inscripción**