



Aventura de Verano Forma de Registro del 2019



Nombre del niño(a) _____ Edad ____ Sexo (Circule uno) F M

Fecha de Nacimiento _____ Grado que van a entrar en el Otoño _____

Nombre del Padre _____ Teléfono Celular _____

Nombre de la Madre _____ Teléfono Celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa _____ Dirección Electrónica _____

Nombre de la Iglesia que Asiste: _____

Donde podemos localizar a los padres durante el Programa _____

Si asiste a un Estudio Bíblico durante el programa a cual asiste o asistirá?

Instrucciones o informacionespecial acerca del niño(a):

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Aseguranza: _____ Número de Póliza _____

En caso de Emergencia si los padres no pueden ser localizados estas personas pueden dejar y recoger a mi niño(a): *(por favor escriba claramente)*

Nombre *Relación* *Teléfono*

Nombre *Relación* *Teléfono*

Nombre *Relación* *Teléfono*

PERMISO MEDICO y PARA FOTOS

En el caso de una emergencia en la cual mi hijo(a) necesita ser hospitalizado de inmediato, o atención medica o cirugía, y después de haber tratado de ponerse en contacto conmigo o mi esposo (a) y no podemos ser localizados para dar nuestro consentimiento, la persona a cargo de mi hijo (a) puede dar ese consentimiento. Yo entiendo que cualquier costo que se incurra por la necesidad de la emergencia o cualquier tratamiento médico será la responsabilidad de mi aseguranza y/o nuestra. Para cualquier alergia severa o condición médica, por favor adjunte una nota con instrucciones específicas a esta forma. También le doy permiso a la Iglesia Puente de Vida y a sus agentes y afiliados a usar fotos/videos de mi hijo(a) para promoción.

Firma del Padre oGuardián: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Para Uso de la Oficina Solamente:

Sala Cuna: _____ Pre-Escolar: _____ Primaria: _____