

 **Formulario de Registro de participantes**

Fechas / Lugar

Julio 11-15th

 Iglesia de San Gabriel

# Informaciõn 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):

**Informaciõn Familiar:**

Nombres de Padres o Tutores:

Direcciõn:

**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**