

St. Mary's Parish Vacation Bible School **Mountain Climbing with God**

June 4-8, 2018 9 am – 11:30 am

\$5.00 Registration Fee
(per child)

Registration deadline is Wednesday, May 30,

REGISTRATION

Name of Child _____ Grade (2018-2019) 1 2 3 4

Name of Child _____ Grade (2018-2019) 1 2 3 4

Name of Child _____ Grade (2018-2019) 1 2 3 4

Father's Name

Mother's Name

Address

City

State

Zip Code

Parent Signature

Phone Number

Food Allergy Alert!

Child's Name is allergic to _____.

Child's Name is allergic to _____.

Child's Name is allergic to _____.

Office Use Only

Date _____

Amt. Pd. _____

Check

Cash

Medical Matters: I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child(ren) is(are) in good health, and I assume all responsibility for the health of my child(ren).

Emergency Medical Treatment: In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor.

Emergency Contact: List the name of a friend or relative we can contact if we are unable to reach you in an emergency.

Name

Contact Number

Relationship

Parent Signature

Date

Escuela Bíblica en Vacaciones Párr. Sta. Maria Escalando la Montaña con Dios

Junio 4-8, 2018 9 am – 11:30 am

\$5.00 Cuota de Inscripción
(por niño)

Ultimo día de inscripción el miércoles 30 de mayo

Inscripción

Nombre del Niño _____ Grado (2018-2019) 1 2 3 4
Nombre del Niño _____ Grado (2018-2019) 1 2 3 4
Nombre del Niño _____ Grado (2018-2019) 1 2 3 4

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Firma del Padre _____ Número de Teléfono _____

¡Alerta de Alergias de Comida!

Nombre del Niño es alérgico a _____.

Nombre del Niño es alérgico a _____.

Nombre del Niño es alérgico a _____.

Solo para Oficina

Date _____

Amt. Pd. _____

Check

Cash

Cuestiones Médicas: Yo garantizo, con mi mejor conocimiento, que mi(s) niño(s) está(n) en buena salud, y asumo toda la responsabilidad con la salud de mi(s) niño(s).

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, yo doy permiso para transportar a mi(s) niño(s) a un hospital para que reciba(n) tratamiento de emergencia médico o quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico.

Contacto de Emergencia: Por favor, anote el nombre de un amigo o familiar que podamos contactar si no podemos comunicarnos con usted en caso de una emergencia.

Nombre _____ Número de tel. del contacto _____ Relación _____
Firma del Padre _____ Fecha _____