



# Summer Adventure Registration Form 2018



Child's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Gender (circle one) F M

Birth date \_\_\_\_\_ Grade entering in the Fall: \_\_\_\_\_

Father's Name \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Provider \_\_\_\_\_

Mother's Name \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ Provider \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Home Church: \_\_\_\_\_

Where can parents be reached during Wednesday Night Program? \_\_\_\_\_

If parents are on Church Campus Wed. night what Bible Study are you (or will) be attending?

\_\_\_\_\_

Special instruction or information about child:

\_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

Medical Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

Emergency Contact: *(please print)*

Name Relationship Telephone #

Name Relationship Telephone #

Name Relationship Telephone #

## **MEDICAL and PHOTO RELEASE**

In the event of an emergency in which my child is in need of immediate hospitalization, medical attention or surgery And after reasonable efforts have been made to contact me or my spouse and we cannot be located for the purpose of consenting thereto, consent for the emergency attention may be given by any adult in charge of my child. I understand that any expenses incurred in necessary emergency or other medical treatment will be borne solely by the child's medical coverage and/or family. For severe allergies and medical conditions, please attach a separate sheet of paper with special instructions to this form. I also give permission for The Bridge Bible Fellowship/Iglesia Cristiana Puente de Vida to use photos/videos of my child in promotions.

Parent or guardian signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Office Use Only:**

Nursery: \_\_\_\_\_ Pre-School: \_\_\_\_\_ Elementary: \_\_\_\_\_



# Aventura de Verano Forma de Registro del 2018



Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (Círcule 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 información especial 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: \_\_\_\_\_