



Bible Explorers Club Registration Form 2017-2018

Child's Name _____ Shirt Size (circle one) XS S M L XL

Age ____ Gender (circle one) F M Birth date _____ Grade ____ School _____

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: *(Cost is \$35 for 1st child, \$25 for second and \$10 for each additional child)*

Cash: _____ Check: _____ Check #: _____



Club Exploradores de la Biblia

Forma de Registro del 2017-2018

Nombre del niño(a) _____ Talla de Camiseta (Circule uno) XS S M L XL

Edad ____ Sexo (Circule uno) F M Fecha de Nacimiento _____ Grado _____
Escuela _____

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 cuál 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 o guardián: _____ **Fecha** ____/____/____

Para Uso de la Oficina Solamente: *(El costo por niño \$35 por el primer niño, \$25 por el segundo y \$10 por cada niño adicional)*

Efectivo: _____ *Cheque:* _____ *Numero de Cheque:* _____