

Bible Explorers Club Registration Form 2018-2019

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 #

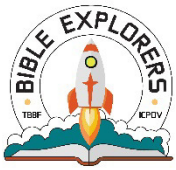
MEDICAL RELEASE I am voluntarily allowing my child to participate in these activities, and hereby agree to accept any and all risks of injury as a result of such participation. As lawful consideration for permitting my child to participate in Bible Explorer activities, I hereby release and discharge THE BRIDGE BIBLE FELLOWSHIP, it's officers, employees, agents, and members of the Board Trustees from all actions, claims or demands I, my child, and the heirs, distributes, guardians, legal representatives or assigns of either of us now have or may hereafter have for any injury or damages resulting from the negligence or other acts, howsoever caused, by such church, officers, employees, agents and Board of Trustees, before or during my child's participation in such church-sponsored activities. I hereby give my permission to the physician, nurse, or dentist selected by the THE BRIDGE BIBLE FELLOWSHIP to secure medical and dental aid as required for illness or injury under a physician's orders, including transportation to and from the necessary facilities.

Parent or guardian signature: _____ **Date** ____/____/____

PHOTO RELEASE I hereby grant permission to THE BRIDGE BIBLE FELLOWSHIP to use my child's likeness in a photograph in any and all of its publications, including but now limited to all of TBBF's printed and digital publications. I understand and agree that any photograph using my child's likeness will become property of TBBF and will not be returned. **YES NO**

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 2018-2019

Nombre del niño(a) _____ Tallade 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 _____

Contacto de emergencia: *(por favor escriba claramente)*

Nombre	Relación	Teléfono

PERMISO MEDICO y PARA FOTOS Estoy permitiendo voluntariamente que mi hijo participe en estas actividades, y acepto cualquier riesgo de lesión como resultado de dicha participación. Como consideración legal para permitir que mi hijo participe en actividades de Exploradores de la Biblia, por la presente entrego y absuelvo a THE BRIDGE BIBLE FELLOWSHIP, sus oficiales, empleados, agentes y miembros de la Junta directiva de todas las acciones, reclamos o demandas que yo, mi hijo y/o herederos, tutores, representantes legales o cesionarios de cualquiera de nosotros tenemos o podemos llegar a tener en lo sucesivo por cualquier lesión o daños que resulten de negligencia u otros actos, cualquiera que sea la causa, por dicha iglesia, funcionarios, empleados, agentes y Junta directiva, antes o durante la participación de mi hijo en tales actividades patrocinadas por la iglesia. Doy mi permiso al médico, enfermera o dentista seleccionado por THE BRIDGE BIBLE FELLOWSHIP para asegurar la asistencia médica y dental que se requiere para una enfermedad o lesión bajo las órdenes de un médico, incluido el transporte desde y hacia las instalaciones necesarias.

Firma del Padre oguardián: _____ **Fecha** ____/____/____

PERMISO PARA FOTOS Por la presente, doy permiso a THE BRIDGE BIBLE FELLOWSHIP para utilizar la imagen de mi hijo en una fotografía o en cualquiera y todas sus publicaciones, pero limitado a las publicaciones impresas y digitales de TBBF. Entiendo y acepto que cualquier fotografía que use la imagen de mi hijo pasará a ser propiedad de TBBF y no será devuelta. **SI NO**

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)*

Cash: _____ Check: _____ Check #: _____