



**Registración de Campamento Bíblico
& Formulario de liberación de exención**

Día: 7/7- 7/11 Hora: 9-12 Localización: Social Hall

Ordene la music CD: \$10 Cantidad:___ Precio total: \$___

*Por favor, haga que los niños lleguen a las __8:50_____ para-Check-in/Registro

Nombre del Niño/a (Apellido, Nombre)	talla de camisa	Fecha de Nacimiento	Último grado completado

Nombre de padre o guardián(s) _____

Dirección _____

Numero de teléfono _____ **Celular #** _____ **Trabajo #** _____

Email _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: En consideración a que St. Joseph's Catholic Church, permite que el (los) niño (s) anterior (s) participe en las actividades de la Escuela Bíblica de Vacaciones, yo, el abajo firmante, libero por la presente, libera para siempre y acepta eximir de responsabilidad a St. Joseph's Catholic Church, sus directores, empleados, voluntarios y agentes (colectivamente en adelante la "Iglesia") de cualquier responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales accidentales, enfermedad o muerte, así como daños a la propiedad y gastos, de cualquier naturaleza en los que puedan incurrir el abajo firmante y el niño (s) anterior (s) mientras participan en la Escuela Bíblica de Vacaciones. Además, en nombre de mi(s) hijo(s) menor(es), por la presente asumo todo el riesgo de lesiones personales accidentales, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado de la participación en las actividades involucradas en el mismo. Además de liberar al niño (s), si es necesario, para el transporte hacia y desde la ubicación de la Escuela Bíblica de Vacaciones, yo, el abajo firmante, libero, liberamos para siempre y acepto eximir de responsabilidad a St. Joseph's Catholic Church, sus directores, empleados, voluntarios y agentes de cualquier responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales accidentales en el proceso de transporte.

PERMISO DE TRATAMIENTO MÉDICO: Autorizo a un adulto, bajo cuyo cuidado se le ha confiado al menor, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X de emergencia, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria, que se prestará al menor bajo la supervisión general o especial y bajo el consejo de cualquier médico o dentista con licencia en el personal médico de un hospital o centro de atención de emergencia con licencia. El abajo firmante será responsable y aceptará pagar todos los costos y gastos incurridos en relación con dichos servicios médicos y dentales prestados al niño (s) de conformidad con esta autorización.

PERMISO DE FOTO / VIDEO: HAGO / NO DOY (círculo uno) doy mi consentimiento a St. Joseph's Catholic Church para usar imágenes de fotos o videos tomadas de mi(s) hijo(s) en folletos de la iglesia, anuncios para la iglesia, en el sitio web, en las redes sociales y en otras publicaciones de la iglesia como mejor les parezca. Acepto eximir de responsabilidad a St. Joseph's Catholic Church de cualquier responsabilidad que pueda resultar del uso de dicha(s) imagen(es). Este formulario se aplicará durante todo el mandato de mi(s) hijo(s) en la Escuela Bíblica de

Vacaciones de St. Joseph's Catholic Church. **Ninguna de las fotos será para uso personal. **

Por la presente doy permiso para que mi(s) hijo(s) participe(n) en la Escuela Bíblica de Vacaciones en St. Joseph's Catholic Church.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Complete una Caja para cada Niño/a.

Toda la información permanecerá confidencial para el personal de la Escuela Bíblica de Vacaciones.

<p>Niño/a Nombre _____ Seguro médico? SÍ___ NO___</p> <p>Compañía de Seguro _____ Póliza/Grupo ID# _____</p> <p>¿Alergias, Medicaciones, Condición Medica? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Restricción de actividad _____</p> <p>Padre/Guardian telefono(s) _____</p> <p>Contacto de Emergencia: no puede ser los padres/guardian:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Telefono _____</p> <p>Personas autorizadas para recoger a mi hijo _____</p> <p>_____</p>
--

<p>Niño/a Nombre _____ Seguro médico? SÍ___ NO___</p> <p>Compañía de Seguro _____ Póliza/Grupo ID# _____</p> <p>¿Alergias, Medicaciones, Condición Medica? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Restricción de actividad _____</p> <p>Padre/Guardian telefono(s) _____</p> <p>Contacto de Emergencia: no puede ser los padres/guardian:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Telefono _____</p> <p>Personas autorizadas para recoger a mi hijo _____</p> <p>_____</p>
--

Devuelva todos los formularios de registro/permiso/exención completados a:
St. Joseph's Catholic Church VBS, 101 Elmore St. New Waverly TX. 77358 o escobdofamily8@att.net