



Vacation Bible School

Child Registration Form

June 25-June 29, 6:30-9:00 pm @ St. John Nepomucene Church

Contact: Stacy Gallegos Phone: 972-875-9650 ext 214 E-mail: stacyg@stjohncc.net

Child's Information:

Name: _____

Sex: (circle one) M F Age: _____ Grade completed: _____

T-shirt size: (circle one) child sizes : XS S M L / adult sizes: S M L XL

Allergies or medical conditions: _____

Health Insurance # (if applicable): _____

Family Information:

Parent/Guardian Name(s): _____

Address: _____

Phone Numbers:

Hm: _____ Wk: _____ Cell: _____

Email _____

Emergency Contact:

Name: _____

Phone: _____

\$ 30 per child, **\$10** for each additional child. Please do not let money be a hindrance to your child's attendance- please speak with Stacy if this is the case.

LIABILITY RELEASE: I understand that reasonable precautions will be taken to safeguard the health and well being of the participants in this VBS and that I will be notified as soon as possible in the event of an emergency. In the case of sickness or an accident, I authorize and consent the VBS Team, or other associated volunteers of the VBS program to obtain medical care from a licensed physician, hospital, or medical clinic for my son/daughter in the event that myself or other legal guardian(s) cannot be reached. I hereby do release and forever discharge this Diocese, and Parish from all manners of actions, claims which I or the child named above shall or may have for any reason, arising during my child's attendance of the VBS.

Unless other written instruction is submitted, I also consent to allowing my child's image to be recorded, either by photograph or video, and used during the VBS week or for future advertisement of Parish VBS programs. Any other use will require your further consent.

Parent / Guardian Signature

Date



Escuela Bíblica de Vacaciones!

Forma de Registración para Niño

25 de Junio – 29 de Junio en la Iglesia de San Juan Nepomuceno

Contactar: Stacy Gallegos Teléfono: 972-875-9650 ext 214 Correo electrónico: stacyg@stjohncc.net

Información de Alumno:

Nombre: _____

Género: (circulé uno) M F Edad: _____ Grado Completado: _____

Talla de Camiseta: (circulé uno) Tallas de niños: S M L Tallas de Adultos: S M L

Condiciones médicas o Alergias: _____

De Seguro de Salud (si aplicable): _____

Información de Familia:

Nombre de Padres/Guardianes: _____

Domicilio: _____

Números de Telefónicos de:

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____



\$30 por niño, **\$10** cada niño adicional. Favor, no deje que el dinero sea un obstáculo a la asistencia de su hijo – por favor hable con Annette si este es el caso.

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD: Tengo entendido que se tendrán las precauciones razonables como garantía contra la salud y el bienestar de los participantes en este VBS y que yo le notificaré tan pronto como sea posible en el caso de una emergencia. En el caso de enfermedad o accidente, yo autorizo y consiento el equipo VBS, o otros voluntarios asociados del programa VBS para obtener atención médica de un médico con licencia, hospital o clínica para mi hijo/hija en caso de que no se puedan poner en contacto conmigo u otro guardián legal a nombrados anteriormente. Queda liberada y siempre en descarga esta Diócesis y Parroquia de cualquier maneras de acciones, reclamaciones que yo o el niño/a nombradas anteriormente se o puede tener por cualquier motivo, surgidas durante la asistencia de mi hijo/a en el VBS. **A menos que presenten otras instrucciones escritas, Yo también estoy consciente a permitir que la imagen de mi hijo/a a ser grabado, sea por fotografía o vídeo y utilizado durante la semana de VBS o para futuros anuncios de programas de VBS de la parroquia. Cualquier otro uso adicional se requerirá su consentimiento.**

Firma de Padre / Guardian

Fecha