

St. John Nepomucene VBS Student Registration



June 10-14 6:30-9:00 pm

Child's Information:

Name: _____

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

T-shirt size: (*circle one*) child sizes : XS S M L

Allergies or medical conditions: _____

Health Insurance # (if applicable): _____

Family Information:

Parents/Guardians' Name(s): _____

Address: _____

Phone Numbers:

Hm: _____ Wk: _____ Cell: _____

Email: _____

Emergency Contact:

Name: _____

Phone: _____

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, Parish and/or Organization 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

\$30 Per Child \$10 each additional child

_____ Number
of children in family

Scholarships can be made available if you need help

San John Nepomucene VBS Inscripción De Estudiantes



Junio 10-14 6:30-9:00 pm

Información de niño:

Nombre: _____

(circule uno) M F Edad: _____ Grado terminado: _____

T-shirt size: (*circle one*) child sizes : XS S M L

Alergias o condiciones médicas: _____

Seguro de salud # (si es aplicable): _____

Información de familia:

Padres/ tutor nombres: _____

Dirección: _____

Teléfonos:

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Email: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

de teléfono: _____

Entiendo que se tomarán las precauciones necesarias para proteger la salud y el bienestar de los participantes en este VBS y que se me notificará tan pronto como sea posible en caso de una emergencia. En el caso de una enfermedad o un accidente, yo autorizo y consiento el Equipo de VBS, u otros voluntarios asociados del programa VBS para obtener atención médica de un médico licenciado, hospital o clínica médica para mi hijo / a en caso de que yo o otro tutor legal (s) no se puede alcanzar. Por la presente hago exonerar para siempre a esta Diócesis, la Parroquia y / u organización de toda clase de acciones, reclamos que yo o el niño nombrado arriba deban o puedan tener por cualquier motivo, que surjan durante la asistencia del VBS de mi hijo.

A menos que se presente otra instrucción por escrito, yo también consiento en lo que la imagen de mi hijo que va a grabar, ya sea fotografía o video, y se utiliza durante la semana VBS o para la publicidad futuro de los programas VBS Parroquia. Cualquier otra utilización requerirá su consentimiento adicional.

Firma de padres

Fecha

\$30 Por Niño \$10 Cada niño adicional

Número
de hijos en la familia

Becas pueden estar disponibles si usted necesita ayuda