

Fecha: Agosto 5 al 9

Formulario Confidencial

Horario: 4:30-8:00 p.m.

Campamento Bíblico de Verano 2019

Dónde: Sagrado Corazón

Formulario de Registración

Grados K-5to

Web: www.johnpaulgreatparish.com E-Mail: johnpaulgreatreligiused@gmail.com Teléfono: (860) 307-229

Por favor haga una elección Campista Nuevo Campista de Retorno

Nombre de Niño/a _____

Edad _____ Grado escolar _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino/Femenino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información de Padres/Guardián

INFORMACIÓN DEL PADRE	INFORMACIÓN DE LA MADRE
Nombre de papa	Nombre de Madre
Número de teléfono Celular	Número de teléfono Celular
Número de teléfono de trabajo del padre	Número de teléfono de trabajo de la madre
Correo electrónico del padre	Correo electrónico de la madre

¿Tiene algún joven en el grado sexto en adelante en el hogar interesado en ayudar en el Campamento?

Si No Nombre (s): _____ Grado: _____ Edad: _____ Tel #: _____

¿El niño/a tiene alguna condición médica, necesidades especiales o alergias que debemos tener en cuenta?

Si No Si respondió si, por favor explique la condición en la line abajo.

¿Hay medicamentos que deben acompañar a su hijo/a? Si No _____

Asegúrese de entregar cualquier medicamento directamente a la Directora del campamento, Jen Owens.

A quien podemos contactar en caso de una emergencia si usted no está disponible?

Nombre de contacto _____ Relación _____ # de Tel. _____

Persona responsable de recoger al niño al final de cada día al final del programa

Nombre _____ Relación _____

En caso de una emergencia si no se pueden comunicar conmigo, por la presente doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital o centro médico y para buscar atención médica. Como padre y / o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción o daño hecho por el menor mencionado anteriormente. Estoy de acuerdo en nombre mío, mi hijo aquí mencionado, nuestros herederos, sucesores y encargados de mantener inofensivo y defender a la parroquia de San Juan Pablo Magno (Sagrado Corazón, San Francisco, Santa María y San Pedro) sus oficiales y directores. , agentes, empleados, representantes asociados con este evento de cualquier reclamo de responsabilidad, pérdida o daño que surja de o en relación con mi hijo que asiste a este evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión o costo del tratamiento médico relacionado con el mismo.

Al completar este formulario de registro, nos da permiso para tomar una foto de clase de su hijo para publicar en nuestro sitio web, página de Facebook, en el vestíbulo de la iglesia y en todos los sitios en línea afiliados a nuestro programa, a menos que se ponga en contacto con nosotros.

Firma del padre _____ Fecha ____ / ____ / ____

Para registrar niños adicionales, complete el reverso del formulario

Niño/a # 2 Campista Nuevo Campista de Retorno

Nombre de Niño/a _____

Edad _____ Grado escolar _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino/Femenino

¿El niño/a tiene alguna condición médica, necesidades especiales o alergias que debamos tener en cuenta?

Si No Si respondió si, por favor explique la condición en la line abajo.

¿Hay medicamentos que deben acompañar a su hijo/a? **Si No** _____

Asegúrese de entregar cualquier medicamento directamente a la Directora del campamento, Jen Owens.

Niño/a # 3 Campista Nuevo Campista de Retorno

Nombre de Niño/a _____

Edad _____ Grado escolar _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino/Femenino

¿El niño/a tiene alguna condición médica, necesidades especiales o alergias que debamos tener en cuenta?

Si No Si respondió si, por favor explique la condición en la line abajo.

¿Hay medicamentos que deben acompañar a su hijo/a? **Si No** _____

Asegúrese de entregar cualquier medicamento directamente a la Directora del campamento, Jen Owens.

Niño/a # 4 Campista Nuevo Campista de Retorno

Nombre de Niño/a _____

Edad _____ Grado escolar _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino/Femenino

¿El niño/a tiene alguna condición médica, necesidades especiales o alergias que debamos tener en cuenta?

Si No Si respondió si, por favor explique la condición en la line abajo.

¿Hay medicamentos que deben acompañar a su hijo/a? **Si No** _____

Asegúrese de entregar cualquier medicamento directamente a la Directora del campamento, Jen Owens.

Favor de devolver el formulario completo junto con el pago a la casa pastoral.

Dirección: St. John Paul II Pastoral Center 160 Main St., Torrington, CT. 06790 ATENCIÓN: Jen Owens. Favor de hacer su cheques a nombre de: **St. JP the Great.** Cuota de inscripción \$25.00 por niño.

Escriba el nombre del niño/a en la parte del memo del cheque.