Formulario de registro del participante de VBS

Fechas / Lugar:

Iglesia Católica Santa Rita - (703) 836-1640 3815 Russell Road, Alexandria, VA 22305



29 de julio-2 de agosto 2024 (lunes a viernes) - 8:45 AM-12:00 PM (mediodía)

Información del niño:				
Nombre:				
Sexo: (circule uno) M	F Fecha de Naci	miento:	Grado en o	otoño 2024:
Alergias o condiciones m	nédicas:			
Proveedor de seguro de s	alud y número de ide	ntificación (si c	orresponde):	
Información familiar:				
Nombre(s) de los padres/	tutores:			
Dirección:				
Ciudad:	Esta	do:	Código postal:	
Números de teléfono:				
Casa:	Trabajo:	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Teléfono móvil:	
Email(s):				
Contacto de emergencia:				
Nombre:				
Teléfono:				
Entiendo que se tomarán precauciones razo posible en caso de una emergencia. En caso programa VBS para obtener atención médio pueden ser contactados. Por la presente, libque yo o el niño mencionado anteriormente A menos que se presente otra instrucción periodeo, y se use durante la semana VBS o para entre contacta de la semana value de la semana v	o de enfermedad o accidente, au ca de un médico, hospital o clín ero y descargo para siempre a e e tendremos o podremos tener pe or escrito, también doy mi cons	torizo y doy mi consent ica médica con licencia sta Diócesis, Parroquia or cualquier motivo, que entimiento para permitii	imiento al Equipo VBS u otro para mi hijo / hija en caso de y / u Organización de todas la e surjan durante la asistencia o que la imagen de mi hijo se	s voluntarios asociados del que yo u otros tutores legales no as formas de acciones, reclamos de mi hijo al VBS. grabe, ya sea por fotografía o
Firma del Padre / Tu	tor		Fecha	STO WING

Devuelva el formulario completo a la Oficina Parroquial antes del 19 de julio de 2024

VBS cuesta \$40 por estudiante (la ayuda financiera está disponible a pedido). Deje el pago en la Oficina Parroquial.