

**VBC (Bíblica de Vacaciones Camp) Registro de Santa Rosalía Formulario**

**16-20 de julio de 2018 / 1:00-5:00**

**Información de Campista:**

Nombre del niño: Primero: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado en Sept. 2018: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de los Padres:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia (diferente a los padres):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Nombres de personas permitidas para recoger a campistas:  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento en este momento? Si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Su hijo está siendo tratado por alguna lesión o enfermedad en este momento? Si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna alergia? Si \_\_\_ no \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿alérgico a qué? \_\_\_\_\_

-----  
Entiendo que seré notificado en caso de emergencia médica que involucre a mi hijo. En el caso de que no pueda ser contactado, autorizo la convocatoria de un médico y la prestación de los servicios mediales necesarios en caso de que mi hijo se lesione o enferme.

(Elija uno) Firma del padre / tutor/adulto responsable del campista: \_\_\_\_\_

Entiendo que la Iglesia Católica Romana de la Hermana Rosalie no será responsable por los gastos médicos incurridos y que cualquier gasto será mi responsabilidad.

(Elija uno) Firma del padre / tutor/ adulto responsable del campista: \_\_\_\_\_

-----  
**Información para la Oficina:** Cargo: \$ 25.00 pagado \_\_\_\_\_ Forma de pago: Efectivo: \_\_\_\_\_ Cheque#: \_\_\_\_\_ C / C: \_\_\_\_\_ Beca: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_