



ESPAÑOL>>>

2019 SONSHINE SUMMER: Vacation Bible School Registration Form

ALL ARE WELCOME

PARENTS _____
Last Name First Name

ADDRESS _____
Street City/Zip Code

DAYTIME PHONE NUMBER _____

EMERGENCY NAME AND PHONE # _____

<u>FIRST/LAST NAME OF CHILD</u>	<u>AGE</u>	<u>T-SHIRT SIZE</u> (Youth S-M-L-XL OR Adult S-M-L-XL)	<u>GRADE IN FALL</u>
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

DONATIONS ACCEPTED AT THE DOOR ON JULY 8





KEEP THIS INFORMATION

LAST DAY TO REGISTER IS WEDNESDAY JULY 3, 2019

ROAR! Life is Wild - God is Good

July 8 - 12, 2019
9:00AM-12:30PM (Monday - Friday)

St. Teresa of Avila Catholic Church





ENGLISH>>>

2019 SONSHINE SUMMER: Vacation Bible School

Forma de Registración

TODOS SON BIENVENIDOS

PADRES _____
Apellido Primer Nombre

DIRECCIÓN DE CORREO _____
Calle Ciudad/Codigo Postal

TELÉFONO DURANTE EL DÍA _____

NOMBRE de EMERGENCIA Y TELÉFONO _____

<u>PRIMER NOMBRE/APELLIDO de Niño/Niña</u>	<u>EDAD</u>	<u>TALLA de CAMISETA</u> (Jovenes S-M-L-XL O Adulto S-M-L-XL)	<u>GRADO en el OTOÑO</u>
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

ACEPTAMOS DONACIONES EN LA ENTRADA EL 8 DE JULIO





QUEDARSE CON ESTA INFORMACIÓN

ÚLTIMA DÍA PARA REGISTRAR ES EL MIÉRCOLES, 3 DE JULIO, 2019

¡ROAR! La vida es salvaje -Dios es bueno

8 - 12 de julio, 2019

9:00AM - 12:30PM (lunes - viernes)

Iglesia de Sta. Teresa - Chartz Hall



ST. TERESA OF AVILA CATHOLIC COMMUNITY
3000 N. LOMPA LANE
CARSON CITY, NV 89706 * 775-882-2130 x112

ESPAÑOL>>>

PARENT PERMISSION FORM

To the Director of Sonshine Summer (vacation bible school) for St. Teresa of Avila Parish:
I hereby consent to (names of all children attending)

_____ participating in
SONSHINE SUMMER.

DATE: JULY 8 – 12, 2019

TIME: 9 A.M. - 12:30 P.M.

PLACE: ST. TERESA OF AVILA CHURCH

I agree to direct my child to cooperate and follow all directions and instructions of the supervisory personnel in charge of Sonshine Summer. Should it be necessary for my child to have medical treatment while participating in Sonshine Summer, I hereby give the supervisory personnel permission to use their judgment in obtaining medical service for my child. I further give permission to the physician selected by the supervisory personnel to render medical treatment deemed necessary and appropriate by the physician.

I agree that in the event my child is injured as a result of his/her participation in Sonshine Summer through the negligence, active or passive, of the parish or any of its agents or employees, recourse for the payment of any resulting hospital, medical or related costs and expenses will first be had against any accident, hospital or medical insurance, or any available benefit plan of mine or of my spouse.

Yes No

 My son/daughter is presently under the care of a doctor. If yes, indicate what for:

 My son/daughter is on prescription medicine. If yes, indicate what:

 My son/daughter has special allergies. If yes, indicate what kind:

 My son/daughter needs a special diet. If yes, specify:

Our family doctor is _____ Phone _____

Parent/Guardian Name

Phone Home

Phone Work

Signature

Today's Date

ST. TERESA OF AVILA CATHOLIC COMMUNITY
3000 N. LOMPA LANE
CARSON CITY, NV 89706 * 775-882-2130 x112

ENGLISH >>>

FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES DE FAMILIA

Para el Director de Sonshine Summer (Escuela biblica de vacaciones) de la Parroquia de St. Teresa of Avila: Yo aquí doy mi consentimiento (nombre de los niños/as asistiendo)

Participando en el SONSHINE SUMMER.

FECHA: 8 DE JULIO A 12 DE JULIO DEL 2019.
HORA: 9 A.M. PARA LAS 12:30 P.M.
LUGAR: IGLESIA DE SANTA TERESA DE AVILA

Yo estoy de acuerdo en dirigir a mi hijo/a a que coopere y siga todas las direcciones e instrucciones del personal que esta a cargo de supervisor el Sonshine Summer. Si fuera necesatio que mi hijo/a necesite tratamiento medico mientras participa en el Sonshine Summer, yo aquí doy mi permiso al personal que supervise para que quede a su juicio si mi hijo debe obtener servicio medic o. Yo también doy permiso al médico seleccionado por el personal que supervise para prestar tratamiento médico si fuera necesario y apropiado según el médico.

Yo estoy de acuerdo que en el evento de que mi hijo fuera lastimado como resultado de su participación en el Sonshine Summer debido a negligencia, activa o pasiva, de la parroquia o alguno de sus agentes o empleados, recurrir en el pago de cualquier hospitalización necesaria, o costos y gastos médicos que pudiesen resultar, que los gastos van a ser puestos primero contra cualquier seguro de accidentes, hospital o seguro médico disponible que yo ó mi esposo/a tengamos.

SI NO

- Mi hijo/hija está actualmente bajo el cuidado de un doctor. Si pone sí, indique el por que: _____
- Mi hijo/hija está usando una prescripción médica. Si pone sí, indique que: _____
- Mi hijo/hija tiene alergias especiales. Si pone sí, indique de que clase: _____
- Mi hijo/hija necesita una dieta especial. Si pone sí, especifique: _____

Nuestro doctor familiar es: _____ Tel. _____

Padre/Madre o Guardian

Tel. casa

Tel. Trabajo

Firma

Fecha de Hoy