Formulario de Inscripción para la Escuela Bíblia de Vacaciones 2019

Por favor llene los espacios en blanco y marquee todas las que apliquen!

1. **Participantes** (vea la página 2 para información adcional sobre el niño)

Nombre complete		Nino ( ); Nina ( )	Eda:	Grado:
Direccion:				
Alergia de comida	No ( ) Si ( )	En caso afirmativo especifique:		
Nombres de los hermanos(as)	1.	2.	3.	4.
Relacion:	1.	2.	3.	4.
Dias para asistir:	Lunes ( ), Martes ( ), Miercoles ( ), Jueves.-viaje ( ), Session( ) y banquete del Viernes			

2. **Padres, Guardianes, Contacto de Emergencia**

[Nota: Los participantes deben proporcionar la información de los padres, Guardians legales y contacto de emergencia. El contacto de emegencia debe ser otro que el que da la atención primaria. Cualquier conductor adulto desinado por el padre debe proporcionar una licencia de conducir válida para recoger a los niños. El no proveer una licencia de conducir válida puede resultar en que sus hijos no puedan ser dados a la persona que designó para recogerlos.]

Padres o Guardianes:	Nombre:	Apellido:	Relación de partcipantes:	
Direcion:				
Información del contacto	Dircción de correo electrónico:		Telefono Celular.:	
Contacto en caso de Emergencia	Nombre:	Apellido:	Relación de partcipantes:	
Conductor Alterno:	Nombre:	Apellido:	Relación de partcipantes:	
Desea un prorama para adultos?	Nombre:	Corro electrónic:	Telefono Celular:	

3. **Renuncia (marquee todas las que apliquen)**

Yo ___Si ___No Quiero permitir el uso de cualquier información personal de mis hijos a través de los medios publicados por la Iglesia Metodista Unida de Lanham, except por el nombre de mis hijos ( ) Foto de actividades de/con mis hijos ( ), premios o testimonio personal de mis hijos ( ) Durante la Escuela Bíblica de Vacaciones. Lanham puede usar los nombres, incluso las fotos o los testimonios del Ministerio de los niños.

4. **Permiso de los padres y declaración jurada de apoyo**

Al firmar esto, afirmo que toda la información aquí contenida es correcta y estoy de acuerdo en que mí hijo (hija) pueda participar en la Escuela Bíblica de Vacaciones. Estoy de acuerdo en que la Iglesia Metodist Unida de Lanham no es responsible de la pérdida de ninguna pertenecia valiosa o personal que mi hijo o hija pueda traer con ellos a la Escuela Bíblica de Vacaciones.

Estoy de acuerdo en que en caso de que mi hijo o hija sufra una lesión que requiera atención médica, La Iglesia Metodista Unida de Lanham o su representante autorizado puerde solicitor tratamiento médico de emergencia para dicha lesión.

5. **Seguro de viaje en autobús y responsabilidad civil:** Yo ___ Autorizo a mis hijo(s) o hija(s) a que participen en la actividad del viaje en autobús. En el case de una emergencia médica, autorizo a La Iglesia Metodista Unida de Lanham a buscar tratamiento para mis hijo(s) o hija (s) y acordar cualquier costo médico y honorario por el tratamiento médico será facturado y pagado por mi como el padre o guardián de los niños.

Firma	*Nombre Completo*	*Fecha*

Iglesia Metodista Unidad de Lanham
5512 Whitfield Chapel Road
Lanham, MD 20706
(301) 577-1500 | Website: www.lumcmd.org

Los hermanos/as

Nombre complete		Nino ( ); Nina ( )	Eda:	Grado:
Direccion:				
Alergia de comida	No ( ) Si ( )	En caso afirmativo especifique:		
Nombres de los hermanos(as)	1.	2.	3.	4.
Relacion:	1.	2.	3.	4.
Dias para asistir:	Lunes ( ), Martes ( ), Miercoles ( ), Jueves.-viaje ( ), Session( ) y banquete del Viernes			

Nombre complete		Nino ( ); Nina ( )	Eda:	Grado:
Direccion:				
Alergia de comida	No ( ) Si ( )	En caso afirmativo especifique:		
Nombres de los hermanos(as)	1.	2.	3.	4.
Relacion:	1.	2.	3.	4.
Dias para asistir:	Lunes ( ), Martes ( ), Miercoles ( ), Jueves.-viaje ( ), Session( ) y banquete del Viernes			

Nombre complete		Nino ( ); Nina ( )	Eda:	Grado:
Direccion:				
Alergia de comida	No ( ) Si ( )	En caso afirmativo especifique:		
Nombres de los hermanos(as)	1.	2.	3.	4.
Relacion:	1.	2.	3.	4.
Dias para asistir:	Lunes ( ), Martes ( ), Miercoles ( ), Jueves.-viaje ( ), Session( ) y banquete del Viernes			

Nombre complete		Nino ( ); Nina ( )	Eda:	Grado:
Direccion:				
Alergia de comida	No ( ) Si ( )	En caso afirmativo especifique:		
Nombres de los hermanos(as)	1.	2.	3.	4.
Relacion:	1.	2.	3.	4.
Dias para asistir:	Lunes ( ), Martes ( ), Miercoles ( ), Jueves.-viaje ( ), Session( ) y banquete del Viernes			