

**Bear Creek United Methodist Church**  
**KidZone Registro**  
**Junio 2017 - Junio 2018**

Office Use

**Información Familiar**

Tutor

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad y código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Casa celular la mamá celular de papá  
Teléfono del trabajo de mamá Teléfono del trabajo de papá

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Niños:**

(1) _____ (Apellido Nombre)	_____ (Fecha de nacimiento)	_____ (grado de 9/2017)	_____ (Alergias / Necesidades Especiales)
(2) _____ (Apellido Nombre)	_____ (Fecha de nacimiento)	_____ (grado de 9/2017)	_____ (Alergias / Necesidades Especiales)
(3) _____ (Apellido Nombre)	_____ (Fecha de nacimiento)	_____ (grado de 9/2017)	_____ (Alergias / Necesidades Especiales)
(3) _____ (Apellido Nombre)	_____ (Fecha de nacimiento)	_____ (grado de 9/2017)	_____ (Alergias / Necesidades Especiales)

**Información de Emergencia:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre y teléfono del médico)

**Contacto de emergencia (Aparte de los padres):**

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Teléfono)

**Autorización de Liberación:**

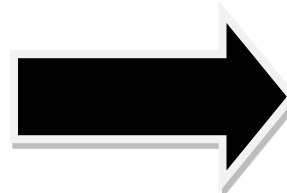
Si el padre no puede recoger su niño por favor decine quien podrá

\_\_\_\_\_  
(Nombre, relación, Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Nombre, relación, Teléfono)

Escuela dominical     Programas de verano     Otro \_\_\_\_\_

**Por favor llene otra cara**



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAR:** Al firmar abajo, doy mi permiso al médico seleccionado por el coordinador del viaje BCUMC o adulto a cargo de ordenar rayos X, pruebas de rutina y proporcionar tratamiento para la salud de mi cónyuge, y / o mi hijo, hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado para la inyección y para ordenar (s) y / o anestesia y / o cirugía para mí, mi cónyuge, y / o mi hijo nombrado arriba en el caso de que el contacto de emergencia no puede ser alcanzado.

**LIBERACIÓN DE TRANSPORTE:** Al firmar a continuación, autorizo el transporte para mí, mi cónyuge, y / o mi hijo en un vehículo de emergencia a un centro de atención médica adecuada y la atención médica pre-hospitalaria, todos los servicios médicos y hospitalarios, ya sea médica, quirúrgica y / o dental, es necesario para el bienestar de beneficio / seguridad / de mí mismo, mi cónyuge, y / o mi hijo.

**ACUERDO LIBERADOR:** Al firmar abajo, yo, sabiendo que Bear Creek IMU tiene cobertura de responsabilidad general, pero que ninguna póliza de accidentes se está llevando a cabo para este programa, hacer asumir todos los riesgos y peligros inherentes a la conducción de sus actividades; y que indemnizará a más y mantener indemne a la cala de IMU oso, los organizadores, patrocinadores, voluntarios, los conductores y los trabajadores de la iglesia patrocinado eventos y actividades asociadas. En caso de daños a mí mismo, mi cónyuge, y / o mi hijo, por la presente renuncio a todos los reclamos en contra de la cala del oso de la IMU, los organizadores, patrocinadores, voluntarios, los conductores y los trabajadores asociados a eventos y actividades patrocinadas por la iglesia.

He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

---

Padres adultos Tutor

Fecha

**Por favor, sus iniciales en la casilla de abajo si está de acuerdo con el comunicado de la foto**

**COMUNICADO DE FOTOGRAFÍA:** Por la presente autorizo a fotografías, vídeos y grabaciones de audio de mi cónyuge, y / o mi hijo mientras él o ella participa en las actividades asociadas con BCUMC, y yo estoy de acuerdo que BCUMC será propietaria de todos los derechos, derechos de autor y trabajos derivados. Doy mi consentimiento irrevocable y perpetua para BCUMC de usar, distribuir y publicar las fotografías, videos y grabaciones de audio de mí mismo, mi cónyuge, y / o mi hijo para fines internos y de promoción, incluyendo la publicación en la iglesia, que emite programas como audio, se presentan como presentación de diapositivas o presentaciones de vídeo, su inclusión en los materiales impresos, y la inclusión en la publicación en línea, presentaciones y sitios de medios sociales, como Facebook, Twitter y YouTube.

## **Por favor llene otra cara**

For Office Use Only

Verify all Information in Shelby \_\_\_\_\_

Update Organization Grade \_\_\_\_\_

Profile Allergies and Memo \_\_\_\_\_

Nursery Copy \_\_\_\_\_

Teacher's Copy \_\_\_\_\_

