

# Formulario de inscripción para Escuela Bíblica de Vacaciones y STREAM

Fecha: del 3 al 7 de junio de 2024

Hora: VBS 8:30a. m. a 12:30p. m. Y/O campamento STREAM 12:30p. m. a 5p. m.

Edades: Estudiantes que ingresan a PreK4 a 8.º grado en 2024-2025

Ubicación: St. Paul Catholic Church y St. Paul Catholic School

Costo: VBS es de \$30/niño y STREAM Camp es de \$30/niño



\*\* Se acepta efectivo/cheques y los cheques deben hacerse a nombre de St. Paul Catholic Church.

\*\***TODOS** los formularios de inscripción/ los pagos deben devolverse a la oficina de la Iglesia Católica de St. Paul.



Nombre del niño (apellido, nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Nivel de grado (otoño 2024)	Talla de camiseta (Niño / Adulto)	VBS \$30/semana (8:30am - 12:30pm)	STREAM \$30/semana (12:30pm - 5pm)	Almuerzo \$5/Día (Solo STREAM)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Gran total para todos los niños/as: \_\_\_\_\_

Método de pago: Efectivo \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_

Necesita beca: Completo \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_

Nombre(s) del Padre/Guardián [1] \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de los padres: \_\_\_\_\_

Nombre(s) del Padre/Guardián [2] \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico de los padres: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Persona(s) y números de teléfono en caso de que no se pueda comunicar con el padre/tutor

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Personas autorizadas para recoger a mi hijo/a: \_\_\_\_\_

Arreglos por Custodia: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

Payment Received On \_\_\_\_\_ Payment Amount \_\_\_\_\_ Form of Payment: Check # \_\_\_\_\_ Or Cash

Scholarship: Partial \_\_\_\_\_ or Full \_\_\_\_\_ Received By: \_\_\_\_\_

## Completo un formulario para cada niño/a en la familia

1. Nombre del niño/a _____	Seguro médico SÍ ___ NO ___
Compañía de Seguros _____	Póliza/Grupo ID # _____
Alergias, medicamentos y/o condiciones médicas _____ _____	
Restricciones de actividad _____	
Discapacidades de aprendizaje/adaptaciones especiales necesarias _____	
Escuela del niño/a _____	Iglesia del niño/a _____

2. Nombre del niño/a _____	Seguro médico SÍ ___ NO ___
Compañía de Seguros _____	Póliza/Grupo ID # _____
Alergias, medicamentos y/o condiciones médicas _____ _____	
Restricciones de actividad _____	
Discapacidades de aprendizaje/adaptaciones especiales necesarias _____	
Escuela del niño/a _____	Iglesia del niño/a _____

3. Nombre del niño/a _____	Seguro médico SÍ ___ NO ___
Compañía de Seguros _____	Póliza/Grupo ID # _____
Alergias, medicamentos y/o condiciones médicas _____ _____	
Restricciones de actividad _____	
Discapacidades de aprendizaje/adaptaciones especiales necesarias _____	
Escuela del niño/a _____	Iglesia del niño/a _____

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Seguro médico SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Póliza/Grupo ID # \_\_\_\_\_  
Alergias, medicamentos y/o condiciones médicas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Restricciones de actividad \_\_\_\_\_  
Discapacidades de aprendizaje/adaptaciones especiales necesarias \_\_\_\_\_  
Escuela del niño/a \_\_\_\_\_ Iglesia del niño/a \_\_\_\_\_

5. Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Seguro médico SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Póliza/Grupo ID # \_\_\_\_\_  
Alergias, medicamentos y/o condiciones médicas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Restricciones de actividad \_\_\_\_\_  
Discapacidades de aprendizaje/adaptaciones especiales necesarias \_\_\_\_\_  
Escuela del niño/a \_\_\_\_\_ Iglesia del niño/a \_\_\_\_\_

6. Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Seguro médico SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Póliza/Grupo ID # \_\_\_\_\_  
Alergias, medicamentos y/o condiciones médicas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Restricciones de actividad \_\_\_\_\_  
Discapacidades de aprendizaje/adaptaciones especiales necesarias \_\_\_\_\_  
Escuela del niño/a \_\_\_\_\_ Iglesia del niño/a \_\_\_\_\_



**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** En consideración a que la iglesia de St. Paul permite que el (los) niño (s) anterior (s) participe en las actividades de la Escuela Bíblica de Vacaciones, yo, el abajo firmante, libero por la presente, libera para siempre y acepta eximir de responsabilidad a la iglesia de St. Paul, sus directores, empleados, voluntarios y agentes (colectivamente en adelante la "Iglesia") de cualquier responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales accidentales, enfermedad o muerte, así como daños a la propiedad y gastos, de cualquier naturaleza en los que puedan incurrir el abajo firmante y el niño (s) anterior (s) mientras participan en la Escuela Bíblica de Vacaciones. Además, en nombre de mi(s) hijo(s) menor(es), por la presente asumo todo el riesgo de lesiones personales accidentales, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado de la participación en las actividades involucradas en el mismo. Además de liberar al niño (s), si es necesario, para el transporte hacia y desde la ubicación de la Escuela Bíblica de Vacaciones, yo, el abajo firmante, libero, liberamos para siempre y acepto eximir de responsabilidad a la iglesia de St. Paul, sus directores, empleados, voluntarios y agentes de cualquier responsabilidad, reclamo o demanda por lesiones personales accidentales en el proceso de transporte.

**PERMISO DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Autorizo a un adulto, bajo cuyo cuidado se le ha confiado al menor, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X de emergencia, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria, que se prestará al menor bajo la supervisión general o especial y bajo el consejo de cualquier médico o dentista con licencia en el personal médico de un hospital o centro de atención de emergencia con licencia. El abajo firmante será responsable y aceptará pagar todos los costos y gastos incurridos en relación con dichos servicios médicos y dentales prestados al niño (s) de conformidad con esta autorización.

**PERMISO DE FOTO / VIDEO:** Hago doy mi consentimiento a la iglesia de St. Paul para usar imágenes de fotos o videos tomadas de mi(s) hijo(s) en folletos de la iglesia, anuncios para la iglesia, en el sitio web, en las redes sociales y en otras publicaciones de la iglesia como mejor les parezca. Acepto eximir de responsabilidad a la iglesia de St. Paul de cualquier responsabilidad que pueda resultar del uso de dicha(s) imagen(es). Este formulario se aplicará durante todo el mandato de mi(s) hijo(s) en la Escuela Bíblica de Vacaciones de la iglesia de St. Paul. *\*\*Ninguna de las fotos será para uso personal. \*\**

**Por la presente doy permiso para que mi(s) hijo(s) participe(n) en la Escuela Bíblica de Vacaciones en la iglesia de St. Paul.**

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Devuelva todos los formularios completos de Registro/Permiso/Exención a:

Attn: Faith Formation  
St. Paul Catholic Church  
1330 Sunshine Avenue  
Leesburg, FL 34748

