

ROCK

Middle School Youth Group Registration

Fecha: _____

¿Es ésta la primera vez que viene a R.O.C.K.? Sí No

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/ Código Postal: _____

Teléfono domiciliario: _____ Celular del niño(a): _____

Correo electrónico del niño(a): _____

Escuela: _____ Curso: _____

Nombre de padre: _____

Celular del padre: _____ Correo electrónico del padre: _____

En caso de emergencia, en la que no se puede contactar a la parte anterior,
comuníquese con:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono Domiciliario: _____ Teléfono Celular: _____

ACTIVIDADES/AFICIONES:

¿Qué te gusta hacer después de la escuela, deportes, actividades extracurriculares etc.?

¿Y cuándo se reúnen?

Actividad	¿Cuándo se reúnen; cuándo tiene juegos etc.?

Historial Médico:

¿Toma el candidato algún medicamento que deberá administrarse durante las clases?
En caso afirmativo, ¿cuál es el medicamento y cuándo debe ser administrado?

¿Tiene el candidato alguna condición médica o alergias que debamos tener en cuenta?

Consentimiento para fotografías y videos:

Al firmar a continuación, otorgo a Holy Name of Jesus el derecho de fotografiar y / o grabar en video el candidato y el uso adicional de su / su nombre, cara, imagen, voz y aspecto con relación a exposiciones, publicidad, anuncios y material de promoción; sin ninguna reserva, limitación o consideración. Este permiso libera específicamente cualquier derecho causa común o reclamaciones según los estatutos de Fla. Stat. 540.08 y constituye expresamente su consentimiento por escrito para la publicación del nombre del candidato, cara, imagen, voz y apariencia.

Firma de los Padres / Tutor: _____

Fecha: _____