



St. Paul VBS 2017

June 12 - 16

\$25

9:00 am – 12:30 pm

(Price increases \$10 after June 2)



Connecting with God,
each other, and the world...

CHILD'S NAME: _____ DOB: _____ GRADE YEAR 2016/17: _____ SHIRT SIZE: _____

CHILD'S NAME: _____ DOB: _____ GRADE YEAR 2016/17: _____ SHIRT SIZE: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

PHONE 1: _____ PHONE 2: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____ ZIP: _____

E-MAIL ADDRESS: _____

HOME CONGREGATION: _____

IN CASE OF EMERGENCY (WHEN THE PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED) PLEASE CONTACT:

NAME: _____

PHONE 1: _____ PHONE 2: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

PERSON RESPONSIBLE FOR PICKING UP THIS CHILD AT THE END OF EACH VBS DAY:

NAME: _____ PHONE: _____

NOTES FOR VBS STAFF: _____

PHYSICIAN _____ PHONE _____

INSURANCE PROVIDER _____ PLAN/GROUP # _____

DENTIST _____ PHONE _____

PLEASE LIST ANY HEALTH CONSIDERATIONS AND/OR ALLERGIES FOR YOUR CHILD(REN)

PARENT/GUARDIAN AUTHORIZATION: THIS HEALTH HISTORY IS CORRECT AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I HEREBY GIVE PERMISSION TO ST. PAUL LUTHERAN CHURCH TO ACT ON MY BEHALF AND SEEK EMERGENCY MEDICAL TREATMENT INCLUDING ORDERING X-RAYS OR ROUTINE TESTS. I GIVE PERMISSION TO ST. PAUL TO ARRANGE NECESSARY RELATED TRANSPORTATION FOR MY CHILD. IN THE EVENT THAT I CAN NOT BE REACHED IN AN EMERGENCY, I HEREBY GIVE PERMISSION TO THE PHYSICIAN SELECTED BY ST. PAUL LUTHERAN TO SECURE AND ADMINISTER TREATMENT, INCLUDING HOSPITALIZATION FOR THE PERSON NAMED ABOVE.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____

PRINTED NAME _____ DATE _____

PHOTOGRAPHY AUTHORIZATION: I UNDERSTAND THAT MY CHILDREN MAY BE PHOTOGRAPHED AND THAT A PHOTOGRAPH CONTAINING THEIR IMAGE MAY BE USED FOR DISPLAY OR REPRODUCTION AT ST. PAUL LUTHERAN CHURCH OR ON THE CHURCH WEBSITE.

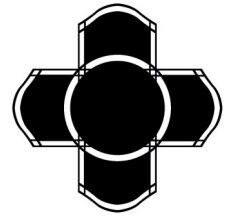
SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____

ARE YOU INTERESTED IN ANY OF THE FOLLOWING?

- INFORMATION ABOUT ST. PAUL A VISIT FROM THE PASTOR BAPTISM/MEMBERSHIP



St. Paul 2017
Escuela Bíblica de Vacaciones
12-16 de junio
\$25



Conexión con Dios entre sí,
y el mundo...

9:00 am– 12:30 pm
 Precio aumenta \$10 después del 2 de junio

NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ AÑO DE GRADO 2016/17 _____ CAMISA TAMAÑO _____

PADRE / TUTOR NOMBRE: _____

TELÉFONO 1: _____

TELÉFONO 2: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

POSTAL: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

INICIO CONGREGACIÓN: _____

ENCASO DE EMERGENCIA (CUANDO EL PADRE / TUTOR PUEDE QUE NO SE ALCANCE) POR FAVOR CONTACTO:

NOMBRE: _____

TELÉFONO 1: _____

TELÉFONO 2: _____

RELACIÓN CON EL NIÑO: _____

RESPONSABLE POR SELECCIONAR ESTE NIÑO EN EL FINAL DE CADA DÍA VBS:

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

NOTAS PARA EL PERSONAL VBS:

MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

SEGURO PROVEEDOR: _____

GRUPO/PLAN: _____

DENTISTA: _____

TELÉFONO: _____

FAVOR ESCRIBA CUALQUIER CONSIDERACIONES Y / O ALERGIAS HEALTH PARA SU NIÑO(S):

DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR: ESTA HISTORIA MÉDICA ES CORRECTA Y COMPLETA A EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. DOY PERMISO A ST. LUTERANA IGLESIA SAN PABLO A ACTUAR EN MI NOMBRE Y BUSCAMOS EMERGENCIA TRATAMIENTO MÉDICO INCLUIDO EL PEDIDO DE LOS RAYOS X O PRUEBAS RUTINARIAS. DOY PERMISO AL ST. PAUL PARA ORGANIZAR EL TRANSPORTE NECESARIO PARA MI HIJO, EN CASO DE QUE NO PUEDE UBICAR EN CASO DE EMERGENCIA, DOY PERMISO AL MÉDICO SELECCIONADO POR ST. PAUL LUTHERAN PARA ASEGURAR Y ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO, INCLUIDA LA HOSPITALIZACIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA ARRIBA DE LA FOTOGRAFÍA.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____

NOMBRE IMPRESO: _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN DE ENTIENDO QUE MIS HIJOS PUEDEN SER FOTOGRAFIADOS Y QUE UNA FOTOGRAFÍA QUE CONTIENE SU IMAGEN PUEDE SER USADA PARA DISPLAY O REPRODUCCIÓN EN ST. LUTERANA IGLESIA PAUL O EN EL SITIO WEB DE LA IGLESIA.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____

¿ESTÁ USTED INTERESADO EN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?

INFORMACIÓN SOBRE ST. PAUL

UNA VISITA DE LOS PASTOR

BAUTISMO / MIEMBROS