

VACATION BIBLE SCHOOL – Iglesia Catolica de Santa Monica

501 North Street, Converse, Texas 78109
210-885-0861 – Annette Winfield - VBS Director

Recibí la primera Comunión antes del 18 de junio: Si[<input type="checkbox"/>] No[<input type="checkbox"/>]	(Estas information estas por la Misa en Viernes)		
Fecha de Hoy:			
Formulario Completado Hoy:			

1. FAMILY INFORMATION

Apellido del niño:			
Parroquia Primaria (por informacion)			
Nombre de la Madre:			
Direction Postal:		#de Celular:	
Ciudad, Estado, Codigo Postal:		#de Trabajo	
Correo Electronico:			
Nombre del Padre:			
Direction Postal:			
Ciudad, Estado, Codigo Postal:		#de Trabajo	
Correo Electronico:		#de Celular:	

2. STUDENT REGISTRATION

Nombre del Estudiante:	Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Fecha de Nacimiento: mm/dd/aa		Edad:	
Grado escolar en el otoño de 2024			

5. Información de Contacto en caso de Emergencia

Por favor haga lista de dos personas a las que se puede llamar in caso de una emergencia y no podamos contactar a los padres

Nombre:

#de Telefono:

Relacion al nino(a):

Nombre:

#de Telefono:

Relacion al nino(a):

6. Informacion Medica para Emergencia

A. Apunte cualquier Condicion de Salud Cronica, Enfermedad o Lesion grave reciente/actual:

B. Apunte cualquier Alergia Alimentaria o Ambiental:

Yo autorizo a un representante de la VBS de Santa Monica a deriver o transporter a mi hijo(a) al medico en caso de una emergencia o enfermedad repentina, siempre que no se pueda contactar a una persona alternativa designada por mi.

Firma del Padre o Tutor:

Fecha:

6. Informacion de Aseguranza

Compania de Seguros:		Numero de Identificacion:	
Numero de Poliza:		Numero de Identificacion de Grupo:	

COMUNICADO DE TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA

Por la presente, yo autorizo el tratamiento, la administracion de anestesia y el tratamiento(s) quirurgico para me hijo(a) menor de edad, en caso de que ocurra una situacion medica en me ausencia o cuando el hospital o los medicos no puedan comunicarse conmigo. Esta autorizacion se extiende a cualquier hospital, medico y personal de enfermeria dentro del cuerpo medico donde los medicos brinden tratamiento.

Yo libero de responsabilidad medica al personal del hospital, medico y enfermeria por realizar procedimientos medicos y actuar bajo la autoridad de este formulario de consentimiento de tratamiento medico que dichos proveedores medicos consideren necesario para me hijo(a).

Nombre del Nino(a):	Firma del Padre o Tutor:
# de Celular	Correo Electronico:

7. AUTORIZACION PARA RECOGER

A continuacion, apunte a quienes estan autorizados po rusted para recoger a su hijo(a) de la clase.

AUTORIZADO(A)		NO ESTAN AUTORIZADOS	
1. Nombre:		Nombre:	
Relacion al Nino(a):		Relacion al Nino(a):	
2. Nombre:		Nombre:	
Relacion al Nino(a):		Relacion al Nino(a):	
3. Nombre:		Nombre:	
Relacion al Nino(a):		Relacion al Nino(a):	

PARA USO DE OFICINA:					

Authorization to Publish Pictures
Saint Monica Catholic Church
501 North Street, Converse, Texas 78109

Office of Religious Education

Please fill out and sign the appropriate statement to either grant or to decline permission to use pictures of you and/or of your children on the church web site and/or for other church publicity. Individual pictures of children will not be published. No Names will accompany any photographs used on the web site.

To GRANT permission to use your picture and/or your child's picture:

I, _____ (print your name) **GRANT**
permission for Saint Monica Catholic Church to publish pictures of me and/or my child,
_____(Print name of child or
children) on the church's web site or in the church's publicity information, newsletters or
bulletins. I understand that if I give notice to the webmaster that I object to any particular
picture of me or my child on the web site, it will be removed as soon as possible. I
understand that neither I nor the child nor the children named above will be paid any
royalty or other compensation for the publication of the picture.

I further state that I have the right to grant or refuse this permission as I am the child's
parent or legal guardian.

Parent or Guardian Signature _____ Date _____

To REFUSE permission to use your picture and/or your child's picture:

I, _____ (print your name) **REFUSE**
to grant permission for Saint Monica Catholic Church to publish pictures of me or
my child _____(print name of child or
children) on the church's web site or in the church's publicity information, newsletters or
bulletins. Any pictures which include a recognizable picture of me, or my child or
children may not be used unless I change this statement with particular written
permission to the contrary for that instance.

I further state that I have the right to grant or refuse this permission as I am the child's
parent or legal guardian.

Parent or Guardian Signature _____ Date _____