



Caminar en el amor – Diversidad

Programa Intergeneracional

19 al 23 de Junio, 2024

6:30 p.m. - Cena

7:00 p.m. to 8:30 p.m. - Programa

El día 22 de 11:00 a.m. a 1:30 p.m. - Picnic

El día 23 de 11:00 a.m. - Servicio Bilingue

Formulario de Registración

Contacto de Padres o titular	# de tel. de casa	# de tel. de celular	# de tel. de trabajo
Madre:			
Padre:			
Nombre del Menor	Edad/Genero	Fecha de Nacimiento	Escuela / Grado
Menor:			
Menor:			
Menor:			

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____

Es miembro de San Eduardo?: Si / No Si no lo es, cuál es su congregación: _____

**ESTE ES UN PROGRAMA FAMILIAR DE ESTUDIO BÍBLICO DE VERANO
SE ESPERA QUE LOS PADRES FORMEN PARTE Y PARTICIPEN.**

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE FOTO

Yo, _____, le concedo a la Iglesia Episcopal de San Eduardo, en nombre mío y de mi familia, permiso para utilizar las fotografías tomadas durante las fechas del 19 al 23 de junio durante la Estudio Bíblico de Verano para cualquier uso legal, que incluye, entre otros: publicidad, fines de derechos de autor, ilustraciones, publicidad y contenido web sobre la Iglesia Episcopal de St. Edward 737 Moon Rd. Lawrenceville, Georgia 30046.

Además, entiendo que no se me pagará a mí o a mi familia ninguna regalía, tarifa u otra compensación por dicho uso.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Numero de Telefono: _____

Formulario de Autorización Médica

St. Edward's Church, 737 Moon Road, Lawrenceville, GA 30046

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

*** En caso de que no se pueda localizar a un padre/titular o contacto de emergencia, los asesores adultos de La Iglesia Episcopal de San Eduardo tiene mi permiso para tomar las medidas médicas de emergencia apropiadas para mi hijo o hija, mencionados anteriormente.*

Firma de padre o titular: _____ Fecha _____

Alergias: _____

Condicion Medica: _____

Instrucciones Especiales y/o medicamentos: _____

Verificación de Seguro Médico

Mi hijo/hija está adecuadamente cubierto con un seguro médico y de accidentes bajo pólizas que ya tengo. La siguiente información es la información correcta que se utilizará si es necesario un tratamiento médico para mi hijo/hija. *** Proporcione una fotocopia (anverso y reverso) de la tarjeta de seguro del niño.***

Compañía de Seguro Médico: _____

Numero de Telefono: _____

Titular de seguro médico: _____

Numero de póliza (Incluya el número de miembro o grupo si aplica): _____

Firma del padre o titular: _____ Fecha: _____