



REGISTRATION FORM

Student's Full Name Nombre Completo del Niño _____

Birthday Cumpleaños (m/d/y) _____ **Grade** Grado _____

Parent / Legal Guardian Full Name(s) Nombre Completo del Padre / Tutor Legal _____

Address Direccion _____

City Ciudad _____ **Zip Code** Código Postal _____

Home Phone Teléfono de Casa _____

Mobile Phone Teléfono Móvil _____

Email Address Correo Electrónico _____

Preferred Language Preferencia de Idioma _____

Name & Relationship of Other Person(s) who are authorized to pick up your child(ren):
Nombre y relación de otra persona(s) que están autorizadas a recoger a su(s) hijo(s):

Medical Conditions or Allergies Afecciones Médicas o Alergias

I hereby give permission for my child to self-administer the following medications in case of sudden onset of conditions as indicated above. Doy permiso para que mi hijo se autoadministre los siguientes medicamentos en caso de aparición repentina de las condiciones indicadas anteriormente. YES NO

(Continued on next page)

(Continuation of previous page)

I authorize staff at San Gabriel Presbyterian Church who is trained in the basic first aid to give my child first aid when appropriate. I also understand that every effort will be made to contact me in the event of emergency requiring medical/dental attention for my child. However, if I cannot be reached, I hereby authorize the volunteers of the Art Fusion for Kids Program or members of San Gabriel Presbyterian Church to summon emergency transportation for my child to the nearest medical facility, and to secure necessary medical treatment for my child.

Autorizo al personal de San Gabriel Presbyterian Church que está capacitado en los primeros auxilios básicos para que brinden primeros auxilios a mi hijo cuando corresponda. También entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en el caso de una emergencia que requiera atención médica / dental para mi hijo. Sin embargo, si no me pueden contactar, autorizo a los voluntarios del programa Art Fusion for Kids o miembros de la Iglesia Presbiteriana de San Gabriel a que llamen al servicio de emergencias para el traslado de mi hijo al centro médico más cercano y aseguren el tratamiento médico necesario para mi hijo.

Initial of Parent/Legal Guardian Inicial Del Padre / Tutor Legal _____

I give permission for my information to be shared with Sunday School teachers for parent contact.

Doy permiso para que mi información se comparta con los maestros de la Escuela Dominical para el contacto con los padres.

*** I hereby give permission for my child named above, to participate in the Art Fusion Kids Program and other programs offered by San Gabriel Presbyterian Church for the following 2018-2019 Quarters (Initial)**

* Por la presente doy permiso para que mi hijo mencionado anteriormente, participe en el Programa Art Fusion Kids y otros programas ofrecidos por San Gabriel Presbyterian Church para los siguientes trimestres 2018-2019 (Iniciales)

Fall Trimester Sept. 9 - Nov. 25 Trimestre de otoño	Winter Trimester Dec. 2 - Mar. 3 Trimestre de invierno	Spring Trimester Mar. 10 - Jun. 2 Trimestre de primavera
_____	_____	_____

Parent/Guardian Full Name (Print)

Nombre Completo de Padre / Tutor (Imprimir)

Parent/Guardian Signature

Firma del Padre / Tutor

Date

Fecha