

FORMA DE REGISTRACION Y EMERGENCIA

Nombre del niño/a:

Apellido	Primer Nombre	Edad del niño (a)
----------	---------------	-------------------

Nombre del Padre o tutor:

Apellido	Primer nombre	Identificación #
----------	---------------	------------------

Teléfono:

_____ Celular: _____ Parroquia: _____

Domicilio:

No. Y Calle	Ciudad	Estado
-------------	--------	--------

Persona autorizada para levantar al niño/a:

Apellido	Nombre	Identificación#
----------	--------	-----------------

ESTE NINO/A NO SERA PERMITIDO RETIRARSE SI EL ADULTO NO PRESENTA SU IDENTIFICACION Y SU NOMBRE NO APARECE EN ESTA REGISTRACION.

DONACION NO REEMBOLSABLE.

Tiene el niño/a problemas de salud? Si No

Explique _____

Tiene el niño/a alergia a algún alimento u otra cosa? Si No

Explique _____

Su hijo hizo la Primera Comuni3n? Si No

Yo entiendo que si se presenta una emergencia médica o dental y no se localizaran las personas en esta registraci3n, se marcara el 911. Entiendo que la Parroquia Santa Catalina de Alejandría no se responsabiliza de ningún pago médico que esto pudiera ocasionar. Si se presentara una emergencia que requiera atenci3n médica y no se nos localiza, la Parroquia estará autorizada para tomar las medidas necesarias para proteger la salud de mi hijo/a.

Su firma indica que usted esta de acuerdo en lo que la registraci3n describe.

Fecha: _____ Firma: _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Llamada contestada: Si No	Deje mensaje: Si No
Nombre del Padre o Tutor Que Recibió La llamada: _____	Nombre de la persona que llamo: _____
Nombre y apellido	Nombre y apellido

Firma de llegada _____
Salida _____

Firma de