

Ministerio Medica/Photo Release Form GLBC Infantil

2802 Cleveland Hwy, Dalton, GA 30721 (706) 259-8519 Fax: (706) 259-4489

_____ tiene mi permiso para participar en cualquier actividades/eventos patrocinados por Grove Level Baptist Church y durante el ano calendario in 2015. También doy me consentimiento para que los lideres de cada viaje proveer a mi niño algún tratamiento médico necesario en caso de emergencia. Que he enumerado debajo de cualquier problema médico, alergias o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento adecuado.

Domicilio del niño	ciudad	estado	codigo	grado
--------------------	--------	--------	--------	-------

Padre(s) nombre (primero y ultimo)	Nombre del contacto de emergencia y telefono (aparte de padres)			
------------------------------------	---	--	--	--

Telefono de informacion:	Dia de la madre #: _____	Noche #: _____	Cell #: _____	
---------------------------------	--------------------------	----------------	---------------	--

	Dia del padre #: _____	Noche #: _____	Cell #: _____	
--	------------------------	----------------	---------------	--

Compania de seguros: _____	Numero de poliza: _____			
----------------------------	-------------------------	--	--	--

Alergias: _____

Mi hijo actualmente esta tomando los sigientes medicamentos en forma regular y esto va a necisitar en cualquier viaje.

(Nota: por favor coloque la medicina en bolsas Ziploc con el nombre del niño y complete las instrucciones)

Si _____ tambien concede permiso a nivel Grove Level Baptist Church utilizar fotografias de me hijo adoptado durante cualquier patrocinadas for Grove Level Baptist Church y urante el calendario de actividades/eventos ano de 2015 para ser utilizado en cualquier forma electronica, publicaciones o medios (incluyendo, pero no limitado a de Grove Level sitio web y Facebook).

No _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha: _____

Ministerio Medica/Photo Release Form GLBC Infantil

2802 Cleveland Hwy, Dalton, GA 30721 (706) 259-8519 Fax: (706) 259-4489

_____ tiene mi permiso para participar en cualquier actividades/eventos patrocinados por Grove Level Baptist Church y durante el ano calendario in 2015. También doy me consentimiento para que los lideres de cada viaje proveer a mi niño algún tratamiento médico necesario en caso de emergencia. Que he enumerado debajo de cualquier problema médico, alergias o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento adecuado.

Domicilio del niño	ciudad	estado	codigo	grado
--------------------	--------	--------	--------	-------

Padre(s) nombre (primero y ultimo)	Nombre del contacto de emergencia y telefono (aparte de padres)			
------------------------------------	---	--	--	--

Telefono de informacion:	Dia de la madre #: _____	Noche #: _____	Cell #: _____	
---------------------------------	--------------------------	----------------	---------------	--

	Dia del padre #: _____	Noche #: _____	Cell #: _____	
--	------------------------	----------------	---------------	--

Compania de seguros: _____	Numero de poliza: _____			
----------------------------	-------------------------	--	--	--

Alergias: _____

Mi hijo actualmente esta tomando los sigientes medicamentos en forma regular y esto va a necisitar en cualquier viaje.

(Nota: por favor coloque la medicina en bolsas Ziploc con el nombre del niño y complete las instrucciones)

Si _____ tambien concede permiso a nivel Grove Level Baptist Church utilizar fotografias de me hijo adoptado durante cualquier patrocinadas for Grove Level Baptist Church y urante el calendario de actividades/eventos ano de 2015 para ser utilizado en cualquier forma electronic, publicaciones o medios (incluyendo, pero no limitado a de Grove Level sitio web y Facebook).

No _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha: _____