

## Aplicación para tutorías gratuitas en la Iglesia Cristiana Epiphany

Comenzando desde del otoño del 2017 hasta la primavera del 2018

Nombre del niño o niña \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre o madre \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Pertenece a una Iglesia? Cual es el nombre de la Iglesia?

\_\_\_\_\_

Números de teléfonos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el niño (a) \_\_\_\_\_

Cuáles son los arreglos de transportación de la escuela a Epiphany

\_\_\_\_\_

Cuáles son los arreglos de transportación del hogar a Epiphany

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Condiciones médicas de salud**

Por favor déjenos saber de alguna alergia o condición medica que su niño(a) tenga:

---

---

---

¿Su hijo(a) carga con un Epi-Pen o algún medicamento, para alergias, ¿o alguna condición médica? Si la respuesta en si, déjenos saber bajo que circunstancia deberíamos usarlos:

---

---

---

¿Su hijo(a) tiene alguna necesidad o dolencia física que le impida participar en actividades físicas?

---

---

**Autorización para tratamiento medico**

Yo, \_\_\_\_\_, padre o madre de \_\_\_\_\_,  
(Nombre del padre o madre, o guardián ) (Nombre del niño (a))

doy permiso para que participe en todas las actividades del programa de tutoría después de la escuela en la Iglesia Luterana Epiphany, y autorizo cualquier tratamiento médico en mi ausencia, para el bienestar de mi hijo(a), en caso de una emergencia. Acepto a no responsabilizar a la Iglesia Luterana Epiphany y a todos y cada uno de los voluntarios del programa de tutoría después de la escuela, excluyendo negligencia, de cualquier lesión o enfermedad que ocurra durante este programa.

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto a menos que sea revocada por escrito.

Una copia fotostática de esta autorización será tan efectiva como la que contiene mi firma original.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Por favor traiga este formulario de registración a la oficina de la iglesia, envíelo por correo electrónico a [ELC@epiphylutheran.org](mailto:ELC@epiphylutheran.org) o envíelo por correo a Epiphany Lutheran Church, 13495 Keytone Road, Dale City, VA 22193*