



Child Evangelism Fellowship of Southern California  
 South Santa Barbara County Chapter  
**Aventuras 5-Day Club**



**POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_

Nombre del padre (s): \_\_\_\_\_

Padre teléfono principal: Teléfono \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Inicio dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Iglesia su familia asiste (si lo hay): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia (cuando no se puede llegar a los padres) debemos contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier alergia (incluyendo la hierba y las picaduras de abeja), médico u otras condiciones especiales que debemos tener en cuenta:

\_\_\_\_\_

¿Su hijo es portador de un epi-pen?  Sí  No

¿O vas a estar dando una a nosotros?  Si  No

La persona responsable de recoger este niño al final de cada día de campo es:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ M\_\_ Tu\_\_ W\_\_ Th\_\_ F\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ M\_\_ Tu\_\_ W\_\_ Th\_\_ F\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ M\_\_ Tu\_\_ W\_\_ Th\_\_ F\_\_

Compruebe aquí si su niño va a estar caminando a casa desde el club de 5 días.

(Nombre del niño) \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para asistir al 5-Day Club.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_  
 Fecha

Con el fin de asegurar un lugar en la aventura de 5 días Club, por favor devuelva este formulario y el consentimiento y liberación de la forma Responsabilidad por: Viernes, 26 de Mayo 2017