

VBS



2019

July 22 – July 26

5:45–8:30pm

Child's name: \_\_\_\_\_ Child's gender: \_\_\_\_\_  
 Child's age: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Last school grade completed: \_\_\_\_\_  
 Name of parent/guardian: \_\_\_\_\_  
 Street address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
 Parent/guardian's cell phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Home e-mail address: \_\_\_\_\_  
 Home church: \_\_\_\_\_  
 Allergies or other medical conditions: \_\_\_\_\_  
 In case of emergency, contact: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 Relationship to child: \_\_\_\_\_

**Consent and Certificate**

I, the undersigned, being the parent or legal guardian of the child named above, do hereby consent to the participation of my child in **all scheduled activities of Orange County First Assembly** during **January 2019 to January 2020**. This consent includes retreats, camps, various sporting activities, and any other activity customarily associated with church children's groups. Further, I certify that my child is physically fit and adequately trained to participate in such events.

**Medical Questionnaire**

Is your child presently being treated for an injury or sickness or taking any form of medication for any reason:  
 Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (if yes, please explain) \_\_\_\_\_

Is your child allergic to any type of medication, food, etc.? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (if yes, please explain) \_\_\_\_\_

Does your child require a special diet? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (if yes, please explain) \_\_\_\_\_

Does your child have (or has ever had) any of the following: (circle and explain)  
 Seizure Disorders    Asthma    Heart Murmur    Diabetes    Hay Fever    Kidney Disease

Does your child ever sleep walk? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_      Can your child swim? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Does your child have any physical handicaps or illness, which would prevent him/her from participating in normal rigorous activity? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (if yes, explain) \_\_\_\_\_

**Medical Treatment Authorization**

I understand that I will be notified in the case of a medical emergency involving my child. However, in event that I cannot be reached, I authorize the calling of a doctor and the providing of necessary medical services in the event my child is injured or becomes ill. I release Orange County First Assembly of God and its leaders/sponsors from all responsibility for medical expense incurred and will not hold them liable for any injuries or illnesses, but that such expenses and liabilities will be my responsibility as parent/guardian. This authorization is given pursuant to Section 25.8 of the Civil Code of California and remains effective only for the time stated within.

I agree to notify Orange County First Assembly of God in the event of any health changes that would restrict my child's participation in any normal activities. I also understand that the adult leaders/sponsors reserve the right to retract my child from any activity they do not feel is within my child's capabilities.

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Julio 22 – Julio 26

5:45–8:30pm

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ género del niño(a) \_\_\_\_\_

Edad del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ último grado que completó \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/encargado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/encargado \_\_\_\_\_

Iglesia a la que asiste \_\_\_\_\_

Alergias u otras condiciones médicas \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Relación/parentesco con el niño(a) \_\_\_\_\_

**Consentimiento**

Yo, el abajo firmante, siendo el padre o encargado del menor inscrito en la parte superior, doy consentimiento a que mi hijo/hija participe en **todas las actividades programadas de la iglesia Primera Asamblea de Orange County** durante el período de **Enero del 2019 a Enero del 2020**. Este consentimiento incluye retiros, campamentos, varias actividades deportivas, y alguna otra actividad acostumbrada o asociada con los grupos o ministerios de la iglesia. También, yo certifico que mi hijo/hija goza de buena salud física y está adecuadamente entrenado para participar en dichos eventos.

**Cuestionario Médico**

En el presente, ¿está su hijo o hija siendo evaluado o tratado por alguna lesión o enfermedad que requiere medicamentos de alguna índole? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (si es "Sí" entonces explique) \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) alérgico a algún tipo de medicina, alimento, etc.? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (si es "Sí" entonces explique) \_\_\_\_\_

¿Él o ella requiere una dieta especial? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (si es "Sí" entonces explique) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo o hija ha padecido (o ha tenido) alguna de estas enfermedades? (Haga un círculo y explique)

Convulsiones epilépticas    Asma    Soplo del corazón    Diabetes    Alergia al polen    Enfermedad renal

¿Es su hijo(a) sonámbulo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_    ¿Puede su hijo(a) nadar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alguna incapacidad física o enfermedad, la cual no le permite participar de actividades normales y rigurosas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (si es "Sí" explique) \_\_\_\_\_

**Autorización de tratamiento médico**

Entiendo que seré notificado en caso que mi hijo necesite emergencia médica. Sin embargo, en el caso que no sea localizado/localizada, yo doy mi autorización para que se le llame al doctor y que se le provea todos los tratamientos de servicios médicos necesarios si mi hijo/hija se lesiona o se enferma. Yo dejo libre de toda responsabilidad de gastos a la iglesia Primera Asamblea de Orange County como a todos sus líderes y patrocinadores en caso que mi hijo/hija reciba asistencia médica de emergencia y no les hago responsables por alguna lesión o enfermedad de mi hijo/hija, sino que yo seré responsable absoluto como padre o encargado. Esta autorización es dada en conformidad con la Sección 25.8 del Código Civil de California y permanece en efecto durante el tiempo estipulado en este formulario.

Me comprometo a notificar a la Primera Asamblea de Orange County en caso que haya algunos cambios que restrinjan la participación de mi hijo/hija de cualquier actividad normal. También entiendo que los líderes o patrocinadores se reservan el derecho de retirar a mi hijo/hija de cualquier actividad que no esté dentro de las capacidades de él o ella.

Firma del padre/encargado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_