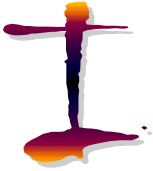


Iglesia Bautista Independiente Fundamental Cristo La Roca



CLaRo Youth Ministry
800 3 LAKE JUNE RD Dallas, TX 75217
TEL: (214) 392-7328 Ricardo* Email ibifcristolaroca@gmail.com
www.ibifcristolaroca.com
www.claroyouthministry.com

PRE-REGISTRO/PERSONA

NOMBRE: _____ EDAD: _____ CUMPLEAÑOS: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

E-MAIL: _____

IGLESIA: _____

PASTOR: _____

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTE A: _____

AL TEL: _____ RELACION: _____

ALERGIAS: _____

NOMBRE DE SU DOCTOR: _____ TEL: _____

TIENE QUE TOMAR ALGUNA MEDICINA MIENTRAS SE ENCUENTRE EN EL

CAMPAMENTO? SI NO

ESPECIFIQUE QUE MEDICINA, CUAL ES LA CAUSA Y A QUE HORA DEBE TOMARLA:

CAMISETA TALLA: CHICA MEDIANA GRANDE X-GRANDE

FIRMA

FECHA

CONFORME A LAS LEYES REQUERIDAS POR EL ESTADO DE TEXAS, YO _____ AUTORIZO A LA IGLESIA
BAUTISTA IND. FUND. CRISTO LA ROCA, DE PLESANTGROVE TEXAS, QUE LE DE TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA A MI
HIJO(A) EN CASO DE QUE ALGO LE SUCEDA Y COMPRENDO TAMBIEN QUE SERE ABSOLUTAMENTE RESPONSABLE
DE TODO LOS GASTOS OCURRIDOS.

NOMBRE DE LOS PADRES: _____

FIRMA DE PADRES (o joven si es mayor de edad)
(LA PERSONA QUE LLENA ESTA APLICACION PUEDE FIRMAR ESTA AREA SI ES MAYOR DE EDAD.)
