

CHECK-IN

Date Turned In: _____

Reviewed By: _____



Redeemer's Church Registracion de Familia

Nombre de Niños (Primero y Apellido)	Fecha de Nacimiento	*Nivel (uno por cada niño)	Alergias	Escuela
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	/ /	<input type="checkbox"/> Nursery <input type="checkbox"/> Toddler <input type="checkbox"/> Preschool <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> Grado: _____		
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	/ /	<input type="checkbox"/> Nursery <input type="checkbox"/> Toddler <input type="checkbox"/> Preschool <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> Grado: _____		
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	/ /	<input type="checkbox"/> Nursery <input type="checkbox"/> Toddler <input type="checkbox"/> Preschool <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> Grado: _____		
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	/ /	<input type="checkbox"/> Nursery <input type="checkbox"/> Toddler <input type="checkbox"/> Preschool <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> Grado: _____		
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	/ /	<input type="checkbox"/> Nursery <input type="checkbox"/> Toddler <input type="checkbox"/> Preschool <input type="checkbox"/> Pre-K <input type="checkbox"/> Grado: _____		

* Nursery (0-18meses); Toddler (18meses—2 1/2 anos); Preschool (2 1/2 –4 anos); PreK (4+ anos.); Grado (K-5th)

Nombre completo de el: PADRE		Nombre completo de la: MADRE		Nombre completo de: OTRO PARIENTE/PERSONA	
* Número de Celular	*Correo Electrónico	* Número de Celular	*Correo Electrónico	* Número de Celular	*Correo Electrónico

Domicilio Principal de Niño's (Calle/Ciudad/Estado/Código Postal)

Numero de teléfono (casa)

¿Hay alguna orden de restriccion ó custodia de la cual debemos ser informados?

Liberacion de Responsabilidad Medica

Yo, el padre/guardián, abajo firmante doy autorizació y mi concentimiento para que se haga cualquier radiografía, examen, anestésico, diagnóstico médico o quirúrgico hecho bajo supervisión especial de cualquier miembro del personal y de la sala de urgencias medicas. Se comprende que tal autorización es dada por adelantado en caso de ser necesario un diagnóstico específico, tratamiento o hospitalario requerido, dando asi poder y autoridad para que el medico/dentist provea el mayor cuidado que sea conveniente a su juicio. Se entiende que se hará todo lo possible por contactar a la persona cuya firma aparece abajo antes de proceder, pero eso no impedirá que se le proporcione cualquier tratamiento arriba mencionado que sea necesario si no se encuentra al abajo firmante. Yo, renuncio a cualquier reclamo contra Redeemer's Church tambien conocido como Reedley First Baptist Church.

Firma de Padre/ Guardián _____

Fecha _____

Foto/Video Release

Fotos y videos pueden ser tomadas y pueden ser utilizados para futura publicidad. Al poner sus iniciales abajo, da permiso para que su niño sea incluido en la producción de foto y video.

Inicial aquí _____



OFFICE ONLY

Data date/initial _____ Corr. Fwd FS

OPCIONAL (Por favor verifique si esta interesado)

- Soy interesado a recibir más información sobre servir posiblemente en las áreas siguientes dentro de Ministerios de Kidz (verifique todo que aplica) :
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nursery-PreK | <input type="checkbox"/> Mañanas de domingos |
| <input type="checkbox"/> K-5th Grade | <input type="checkbox"/> Noches de miércoles |

*Nota: Tenemos una variedad de lugares de servir dentro de Ministerios de Niños. Le contactaremos con más detalles.