

2024-2025 ÁNGELES GUARDIANES INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

INFORMACION DE CONTACTO ADICIONAL: (recibirá toda la información)

NOMBRE: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono: _____ Email: _____

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA: si no podemos comunicarnos con usted a quien debemos llamar?

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____

Esta información se mantendrá confidencialmente y solo se compartirá con el catequista que corresponda.

Por favor incluya el nombre de su hijo/a y los detalles. En caso que no hay información para dar, escriba “ninguna”:

Alergias (incluyendo medicinas): _____

Necesidades especiales (ej., ADHD) o situaciones especiales (ej. Padres no viven juntos, enfermo en la familia) que nos ayudarán a servir mejor a su hijo/a:

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO MEDICO: doy permiso para que en mi ausencia el/los estudiantes incluidos en esta forma puedan recibir cuidados de emergencia en caso de lesiones y otras situaciones que puedan ocurrir mientras estén participando en los programas de la Iglesia Ángeles Guardianes.

Firma del padre/madre o guardián: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN: yo padre/madre/guardián del/los estudiante/s incluidos en esta forma doy permiso y autorizo a la Iglesia de Ángeles Guardianes a usar fotos de mi/s niño/a/os en sus volantes, panfletos y materiales de publicidad relacionados a las actividades de formación de fe de Ángeles Guardianes y tienen el derecho de usar gratuitamente las fotos, duplicarlas y reproducirlas para su uso en materiales de publicidad sin ningún reclamo de mi parte.

Nombre del padre/madre/guardián _____ Firma _____ Fecha _____

NO DOY MI PERMISO Padre/madre/guardián _____ Firma _____ Fecha _____