

**Primera Iglesia Presbiteriana en Santa Ana**  
**Permiso de Asistencia**  
Por favor complete una por cada niño(a)

Fecha: \_\_\_\_\_, 2015

Por medio de la presente solicito que, \_\_\_\_\_  
sea admitido(a) en \_\_\_\_\_ con **Primera Iglesia Presbiteriana en Santa Ana** del  
\_\_\_\_\_, 2015.

Aun sabiendo que la iglesia tiene un seguro para la realización de este evento, no hare responsables ni a la Primera Iglesia Presbiteriana en Santa Ana, El Presbiterio de Los Ranchos, sus oficiales, agentes, empleados o sus líderes por cualquier percance que ocurra en conexión con este evento y mi solicitud, siempre y cuando actúen de manera responsable y diligente.

Nombre del niño o joven: \_\_\_\_\_

Calle y numero \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

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

Iglesia donde es miembro \_\_\_\_\_

**Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana**  
**Información de Emergencia y Autorización de Atención Médica**

Por favor complete una por cada niño.

Por medio de la presente solicito que, \_\_\_\_\_  
sea admitido(a) en \_\_\_\_\_ con la Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana  
del \_\_\_\_\_, 2015. Él/Ella tiene Buena condición física. En caso de que ocurra un  
accidente o enfermedad, no hare responsables ni a la Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana,  
sus oficiales o sus líderes por los auxilios que le presten en el momento requerido y pagare a la  
Primera Iglesia Presbiteriana de Santa Ana los gastos médicos y generales que ocurran al tomar  
cuidado y atender a mi hijo(a).

\_\_\_\_\_ **Autorizo** para que mi hijo(a) pueda recibir primeros auxilios. Él/Ella puede recibir  
atención médica por parte de un médico profesionalmente registrado en el estado de California.  
Él/Ella puede ser llevado y recibido en el hospital más cercano en caso de una emergencia. Los  
padres seremos informados inmediatamente en cuanto sea posible.

\_\_\_\_\_ **No autorizo** para que mi hijo(a) pueda recibir primeros auxilios. Él/Ella no puede  
recibir atención médica por parte de un médico profesionalmente registrado en el estado de  
California. Él/Ella no puede ser llevado y recibido en el hospital más cercano en caso de una  
emergencia. A menos que me contacten primero.

Doctor (nombre y dirección) \_\_\_\_\_

Tel. de la oficina \_\_\_\_\_ Fecha de la última vacuna de Tétanos \_\_\_\_\_

Mi hijo **tiene / no tiene**, alguna condición médica que ustedes deben saber. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número Telefónico en caso de Emergencias \_\_\_\_\_

Otro número alterno si es necesario \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_