**PROYECTO RAICES**

Gimnasio de la Iglesia St. Matthew

2580 Berne St. Akron, Ohio 44312

**Información del niño/a:**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_\_

DIRRECION COMPLETA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_44\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: #1 ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #2 ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de los Padres:**

NOMBRE DEL PADRE O APODERADO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Emergencia:***

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RELACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo/a a participar en Proyecto Raíces, a asistir a los paseos y actividades organizadas por los responsables del programa. Las fotos que sean tomadas en las diferentes actividades, pueden ser usadas en el sitio de la internet y o para las diferentes promociones de Proyecto Raíces. Mi hijo/a participa voluntariamente, sin ningún compromiso de la iglesia St. Bernard o las personas involucradas en el programa. En caso de una emergencia, si no pueden ubicarme, los responsables del programa pueden llevar a mi hijo/a al hospital para recibir tratamiento.

* **Importante:** He leído esta información y estoy de acuerdo con lo que aquí dice.\_\_\_\_\_\_ (favor poner sus Iníciales).

**FIRMA DEL PADRE O APODERADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**