



**ST. MICHAEL'S CATHOLIC CHURCH
VACATION BIBLE SCHOOL 2023**

9 a.m. – 1 p.m. July 31-August 3
at St. Michael's Catholic Church, 1315 1st Ave, South Sioux City, NE

Registration and Parental/Guardian Consent Form and Liability Waiver
(Please print legibly)

Participant's/Helper's Name: _____

Home Address: _____

Birthdate: _____ Sex: ____ Grade in 2023-2024 (Circle): 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Parent/Guardian Name: _____

Primary Phone: _____ Text? Y N E-Mail Address: _____

Parish Name and City: _____

As parent and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above-named minor ("student" or "child").

I agree on behalf of myself and my child named herein, to hold harmless St. Michael's Catholic Church and St. Gabriel Communications, Ltd. (DBA Siouxland Catholic Radio), their officers, directors, employees, volunteers, and agents; the Archdiocese of Omaha and Diocese of Sioux City, employees, agents, and chaperones, or representatives associated with this event for reasonable attorney's fees and expenses which may incur in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such claim arises from negligence of the individuals responsible for this event. *(Note: Siouxland Catholic Radio is honored to collaborate with St. Michael's Catholic Church to provide VBS this summer.)*

Signature: _____ Date: _____

PHOTO RELEASE

_____ **(Please initial)** Pictures of my child taken during the event may be used in print or electronic media for the purposes of publicity for future events unless I indicate to in writing to the contrary.

MEDICAL MATTERS: I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. In the event of an emergency, I hereby give permission for my child to be transported to a hospital for emergency or medical treatment. I wish to be advised prior to any treatment by the hospital or doctor. In the event it comes to the attention of the representatives associated with this activity that my child becomes ill with symptoms such as headache, sore throat, vomiting, fever, diarrhea, and/or fainting, I want to be called. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above phone numbers please contact:

Contact Name and Relationship: _____

Phone #: _____

Family Doctor: _____ Phone #: _____

MEDICATIONS: My child is taking medication at present. My child will bring all such medications necessary, and such medications will be well labeled. Names of medications and concise directions for seeing that my child takes such medications, including dosage and frequency of dosage, are as follows:

(Meds continued) _____

Signature: _____ Date: _____

Specific Medical Information: St. Michael’s Catholic Church and Siouxland Catholic Radio will take reasonable care to see the following information will be held in confidence.

Allergies (to medications, food, plants, insects, etc.): _____

Does your child have a medically prescribed diet? _____

Any physical limitations? _____

Has your child been exposed to contagious diseases or conditions such as mumps, measles, Chicken Pox, COVID, etc.?

If so, list date and disease or condition: _____

You should be aware of these special medical conditions of my child:

PAYMENT:

Costs and forms of payment:

Number of Children	Cost (Cash or Check)	Card (A \$2.00 fee applies for every \$50 charged to the debit/credit card)
I child	\$50.00	\$52.00
2 children	\$97.50	\$101.50
3 children	\$142.50	\$146.50

Please indicate by circling:

_____ **Enclosed** is my cash payment in the amount of \$ _____

_____ **Enclosed** is my/our **check** made payable to St. Gabriel Communications in the amount of \$ _____

_____ Please bill my **card** (*circle*): VISA ___ Discover ___ MasterCard _____

Card # _____ - _____ - _____ - _____

Expiration Date: __ / 20 __ Security Code: _____

_____ Please **waive the fee** for (insert student’s name) _____ as my/our older student (insert name) _____ will be a **student helper**.

_____ I/We are **requesting assistance (scholarship)** so our student can participate. (You must call Maria Gomez at 402-494-5423 by July 11, 2023, by noon so she can properly assist you.)

_____ I/We are **paying online** with our debit/credit card before the Tuesday, July 11, 5 p.m. deadline. (**Scan the QR Code**)



Please submit the completed application form to: St. Michael’s Parish Office (312 W 13th St. South Sioux City, NE. 68776.

For Staff Use Only: Date: _____ Time: _____

Total Amount Paid: \$ _____ for _____ child/ren registered

() Cash () Credit Card () Check () Fee Waived and Reason: _____



St. Michael Catholic Church

1315 First Avenue | South Sioux City, NE 68776 | (402) 494-5423

ESCUELA BÍBLICA DE VACACIONES 2023

Julio 31 al 3 de agosto de 9 a la 1:00 pm

Formulario de registro y consentimiento de los padres/tutores y exención de responsabilidad (Por favor escriba legiblemente)

Nombre del participante/ayudante: _____

Dirección de casa: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado en 2023-2024 (circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____

Teléfono principal: _____ ¿Texto? S N Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la parroquia y ciudad: _____

Como padre y/o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal realizada por el menor mencionado anteriormente ("estudiante" o "niño").

Acepto en mi nombre y en el de mi hijo nombrado en este documento, eximir de responsabilidad a St. Michael's Catholic Church, St. Gabriel Communications, Ltd. (DBA Siouxland Catholic Radio) sus funcionarios, directores, empleados, voluntarios y agentes; la Diócesis de Sioux City, sus empleados, agentes y chaperones, o representantes asociados con este evento por los honorarios y gastos razonables de los abogados que puedan incurrir en cualquier acción entablada contra ellos como resultado de tal lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de las personas responsables de este evento. **(Nota: es un honor para Siouxland Catholic Radio colaborar con St. Michael's Catholic Church en el estudio bíblico de verano)**

Firma: _____

Fecha de firma: _____

PUBLICACIÓN DE FOTOS

_____ (Escriba sus iniciales) Las fotografías de mi hijo tomadas durante el evento se pueden usar en medios impresos o electrónicos con fines publicitarios para eventos futuros, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente garantizo que, según mi leal saber y entender, mi hijo goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. En caso de una emergencia, doy permiso para que mi hijo sea transportado a un hospital para recibir tratamiento médico o de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento por parte del hospital o médico. En caso de que llegue a la atención de los representantes asociados con esta actividad que mi hijo se enferme con síntomas como dolor de cabeza, dolor de garganta, vómitos, fiebre, diarrea, desmayo, quiero que me llamen. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo a los números de teléfono anteriores, comuníquese con:

Nombre de contacto y relación: _____

Teléfono #: _____

Médico familiar: _____

Número de teléfono: _____

MEDICAMENTOS: Mi hijo está tomando medicamentos en este momento. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para asegurarse de que mi hijo tome dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes: _____

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Información médica específica: St. Michael's Catholic Church y Siouxland Catholic Radio tomarán las precauciones razonables para asegurarse de que la siguiente información se mantenga confidencial.

Alergias (a medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

¿Tiene su hijo una dieta prescrita médicamente? _____

¿Tiene su hijo alguna limitación física? _____

¿Ha estado su hijo expuesto a enfermedades o condiciones contagiosas como paperas, sarampión, varicela, COVID, etc.?

Si es así, indique la fecha y la enfermedad o condición: _____

Debe tener en cuenta estas condiciones médicas especiales de mi hijo: _____

¿Es el inglés el idioma principal que se habla en su hogar? _____ Si no, ¿qué idioma se habla con mayor frecuencia en su hogar? _____

COSTO Y FORMAS DE PAGO:

Número de Asistentes	Efectivo	Tarjeta de Crédito. (Se aplica un cargo de \$2.00 por cada \$50.00 cargados a la tarjeta de crédito).
1 niño	\$50.00	\$52.00
2 niños	\$97.50	\$101.50
3 niños	\$142.50	\$146.50

_____ **Adjunto** está mi pago en efectivo por la cantidad de \$ _____

_____ **Adjunto** está mi/nuestro **cheque** a nombre de St. Gabriel Communications por la cantidad de cantidad de \$ _____

_____ **Factura** mi **tarjeta de crédito** (círculo): VISA ___ Discover ___ MasterCard _____

Tarjeta _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de vencimiento: ____/____/____ Código de seguridad: _____

_____ **Exonere la tarifa** de (inserte el nombre del estudiante) _____ como mi/nuestro estudiante mayor (inserte el nombre) _____ será un estudiante ayudante.

_____ Yo/Nosotros **estamos solicitando asistencia** (beca) para que nuestro estudiante pueda participar. (Tú debe llamar a Lisa Niebuhr al 712-224-5342 antes del 11 de julio de 2023, fecha límite del mediodía, para que pueda ayudarlo adecuadamente.)

_____ Yo/nosotros estamos **pagando en línea** con nuestra tarjeta de débito/crédito antes de la fecha límite del 11 de julio al mediodía. (*Escanea el Código QR*)

Para uso del personal solamente/For staff use only:

Payment Amount: _____ Date: _____

() Cash () Credit Card () Check () Fee Waived and Reason: _____

