



SIouxLAND CATHOLIC RADIO VACATION BIBLE SCHOOL 2022

9 a.m. – 1 p.m. August 1-4, 2022

at Siouxland Catholic Radio, 701 West 5th Street, Sioux City, Iowa 51103

Registration and Parental/Guardian Consent Form and Liability Waiver

(Please print legibly)

Participant's/Helper's Name: _____

Home Address: _____

Birthdate: _____ Sex: _____ Grade in 2022-2023 (Circle): 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Parent/Guardian Name: _____

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

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. Gabriel Communications, Ltd. (DBA Siouxland Catholic Radio), its officers, directors, employees, volunteers, and agents; the Diocese of Sioux City, its 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.

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, 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: 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: Please indicate: (\$40 if paid by cash; \$43 if paid by credit/debit card)

_____ **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 **credit 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 Lisa Niebuhr at 712-224-5342 by July 14, 2022, noon deadline, so she can properly assist you.)

_____ I/We are **paying online** with our debit/credit card before the July 14 noon deadline. (*Scan the QR Code*)



For Staff Use Only:

Payment Amount: _____ Date: _____

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



Siouxland Catholic Radio, KFHC/KOIA 88.1 FM

701 West 5th Street | Sioux City, Iowa 51103 | 712-224-5342

Web: siouxlandcatholicradio.com | **Facebook:** Siouxland-Catholic-Radio-106207781556820

Instagram: <https://www.instagram.com/siouxlandcatholicradio/>



RADIO CATÓLICA DE SIOUXLAND ESCUELA BÍBLICA DE VACACIONES 2022

1 al 4 de agosto de 9 a. m. a 1 p. m.,

Radio católica de Siouxland, 701 Calle 5 Oeste, Ciudad de Sioux, Iowa 51103

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 2022-2023 (círculo): 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

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

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. 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.

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 de familia: _____ 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: _____
(Continuación de los medicamentos) _____

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Información médica específica: Siouxland Catholic Radio tomará 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?: _____

¿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? _____

PAGO: Por favor indique: (\$40 efectivo o cheque, \$43 tarjeta de crédito)

_____ **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 14 de julio de 2022, fecha límite del mediodía, para que pueda ayudarlo adecuadamente.)

_____ Yo/nosotros estamos **pagando en línea** con nuestra tarjeta de débito/credito antes de la fecha límite del 14 de julio al mediodía. (*Escanea el QR Código*)

For Staff Use Only:

Payment Amount: _____ Date: _____

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



Radio católica de Siouxland, KFHC/KOIA 88.1 FM

701 Calle 5 Oeste | Ciudad de Sioux, Iowa 51103 | 712-224-5342

Web: siouxlandcatholicradio.com | Facebook: Siouxland-Catholic-Radio-106207781556820

Instagram: https://www.instagram.com/siouxlandcatholicradio/