



Casa Esperanza

Formulario de Registro para programas de adulto

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____

Teléfono (____) _____ - _____

Contacto de emergencia (____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____

Necesidades especiales: _____

Autorización del tratamiento: Por la presente doy mi premission a Casa Esperanza para pedir el tratamiento y el transporte necesario para mi. En el caso de que yo no pueda ser responder en caso de emergencia, doy mi permiso para que los paramedicos sean llamados. **Iniciales** _____

Liberación Foto: Yo doy mi permiso para que la foto o video de mi sea utilizada para las publicaciones de Casa Esperanza. **Iniciales** _____

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____



Casa Esperanza

Formulario de Registro para programas de adulto

Participare en el/los programas siguientes:

Nombre de Programa:

- Costura
- Tejer
- Zumba
- Clase de padres
- Women's Wellness
- Clase de Nutricion
- _____
- _____
- _____
- _____