



MISSION ARLINGTON®
MISSION METROPLEX

Permission Slip

Activity: Parent's Night Off

Dates: February 26

Time: 6-9pm

Location: The Lockwood Center Gym

For more information, call: Mission Arlington - (817) 277-6620 Jim

To complete registration, please fill in every blank.

We wish to take your son / daughter on an activity with the Bible Study group. Please understand that we will have adult supervision and will do all in our power to give your son/daughter a safe and enjoyable time. However, we cannot be responsible in case of injury or any accident that may result.

Queremos llevar a su hijo/hija a una actividad con el grupo del Estudio Biblico. Por favor, entienda que tendremos supervisión adulta y haremos todo lo que sea posible para dar a su hijo/hija un viaje seguro. Aunque, no podemos ser responsables en caso de que sean heridos o cualquier accidente que ocurra.

Having read the above, I give permission for my son/daughter, He/leído esta hoja completa. Doy permiso a mi hijo/hija,

(name) _____, to go on an activity with the group and do not hold the Apartment Community, Mission Arlington, or any individual associated or working with Mission Arlington, responsible.

que se llama _____ para que participe en la actividad con el grupo. Reconozco que ni los apartamentos, ni Mission Arlington ni ningún individuo relacionado con o trabajando con Mission Arlington sea responsable.

I authorize medication and surgical treatment if needed, for my child by a physician chosen by Mission Arlington and release the Apartment Community and Mission Arlington from any liability in case of a medical emergency.

Autorizo cualquier medicamento o intervención quirúrgica necesaria para mi hijo, por un doctor escogido por Mission Arlington. Estoy dando libertad a Mission Arlington de cualquier responsabilidad en caso de una emergencia médica.

Parent or Guardian: _____
Padre o adulto responsable

Address: Dirección _____ Apt.# _____

Phone # Teléfono # _____

(If none, list contact in case of emergency) (Si no tiene teléfono, tiene que escribir otro número a donde podamos llamar en caso de emergencia.)

Is your child allergic to any medication? Tiene alergia su hijo/a a alguna medicina? _____ **If so, please state type: Si la respuesta es sí, a cuál clase de medicina?** _____

Signature: Firma: _____

Date: Fecha: _____

OTHER PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY:

En caso de emergencia, por favor avise a:

Name Nombre: _____

Phone Teléfono: _____



Actividad: Parent's Night Off

Fecha y Hora: Jan 31, Feb 28, Mar 27

Lugar: 6-9pm

Nombres de los líderes: The Lockwood Center Gym

**Para más información, por favor llame a:
Mission Arlington - (817) 277-6620 Tillie Burgin**

We wish to take your son / daughter on an activity with the Bible Study group. Please understand that we will have adult supervision and will do all in our power to give your son/daughter a safe and enjoyable time. However, we cannot be responsible in case of injury or any accident that may result.

Queremos llevar a su hijo/hija a una actividad con el grupo del Estudio Bíblico. Por favor, entienda que tendremos supervisión adulta y haremos todo lo que sea posible para dar a su hijo/hija un viaje seguro. Aunque, no podemos ser responsables en caso de que sean heridos o cualquier accidente que ocurra.

Having read the above, I give permission for my son/daughter, He leído esta hoja completa. Doy permiso a mi hijo/hija,

(name) _____, to go on an activity with the group and do not hold the Apartment Community, Mission Arlington, or any individual associated or working with Mission Arlington, responsible.

que se llama _____ para que participe en la actividad con el grupo. Reconozco que ni los apartamentos, ni Mission Arlington ni ningún individuo relacionado con o trabajando con Mission Arlington sea responsable.

I authorize medication and surgical treatment if needed, for my child by a physician chosen by Mission Arlington and release the Apartment Community and Mission Arlington from any liability in case of a medical emergency.

Autorizo cualquier medicamento o intervención quirúrgica necesaria para mi hijo, por un doctor escogido por Mission Arlington. Estoy dando libertad a Mission Arlington de cualquier responsabilidad en caso de una emergencia médica.

Parent or Guardian: _____

Padre o adulto responsable

Address: Dirección _____ Apt.# _____

Phone # Teléfono # _____

(If none, list contact in case of emergency) (Si no tiene teléfono, tiene que escribir otro número a dónde podemos llamar en caso de emergencia.)

Is your child allergic to any medication? Tiene alergia su hijo/a a alguna medicina? _____ If so, please state type: Si la respuesta es sí, a cuál clase de medicina? _____

Signature: Firma: _____

Date: Fecha: _____

OTHER PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY:

En caso de emergencia, por favor avise a:

Name Nombre: _____

Phone Teléfono: _____