

Formulario para Registración de Familia

Nombres de Padres o guardián: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Tel. de Casa: _____ Otro: _____

Cel de Papá: _____ Cel de Mamá: _____

¿Es usted un padre o madre soltero(a)? Si No

Si hubiera algún problema de custodia con sus hijos, por favor déjese saber al Director de **CCI Xtreme Kidz**.

Nombre del Niño(a): _____
Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ En qué grado de Estudio está: _____
Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia o condición de salud: _____ _____ _____

Nombre del Niño(a): _____
Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ En qué grado de Estudio está: _____
Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia o condición de salud: _____ _____ _____

Nombre del Niño (a): _____
Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ En qué grado de Estudio está: _____
Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia o condición de salud: _____ _____ _____

Nombre del Niño (a): _____
Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ En qué grado de Estudio está: _____
Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia o condición de salud: _____ _____ _____

Estamos comprometidos en proveer un ministerio para sus hijos que sea efectivo; donde sus niños estarán seguros y tendrán un tiempo ameno y divertido; donde sus vidas crecerán espiritualmente por medio de cada enseñanza. El equipo de **CCI Xtreme Kidz** es completamente de personas voluntarias; por favor considere en dar de su tiempo y talento a este ministerio, será de bendición para el Centro Cristiano Internacional. Si desea participar y ayudar en un área, por favor hable con la administración.