

# CONGRESO DE VARONES TYLER, TX 2016



## Men's Congress Registration & Release Form

Lugar del Retiro: Iglesia Nueva Vida Asamblea De Dios. 102 W Bow St. Tyler, TX. 75702.

Fecha: **Viernes 8 y Sábado 9 de Julio, 2016**

### FAVOR DE REGRESAR SU HOJA DE REGISTRACIÓN:

**Men's Ministry SCHD**  
**ATTN: Congreso de Varones**  
**750 S. 17 TH St.**  
**Batesville, AR. 72501**

### Enclosed is check for:

\$30.00 **Registración por Adulto.**

\$12.00 **Menores de 15 Años**

**Hacer sus cheques, o Money Order a nombre de:**

**Men's Ministry SCHD**

NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_ ALT. PHONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

HOME CHURCH: \_\_\_\_\_

PASTOR: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT NAME: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT PHONE: \_\_\_\_\_

PECIAL NEEDS: \_\_\_\_\_

(Please include any allergies or medical conditions, any medications, and any food requirements that staff should know about. This information is needed so we can accommodate your special needs and will be held in strictest confidence.)

### PLEASE NOTE THAT WE DO NOT SUPPLY BEDDING, YOU MUST BRING YOUR OWN.

**Please read the following release statement. By submitting this registration form, you are indicating your voluntary agreement with this statement:**

1. I personally assume responsibility for my actions, agree to abide by the Rules of this event, and release **Men's Ministry SCHD, and Iglesia Nueva Vida A/D**, their Trustees, employees, and agents from loss, injury, or damage to myself or my property; provided that nothing contained herein shall excuse its Trustees, employees or agents from responsibility to act with reasonable care for the safety of myself or my property.
2. I give permission to **Men's Ministry** groups to obtain medical aid or assistance as might be required for my immediate care in the event of an emergency. This permission will include the administration of medicines, surgical treatment, X-ray examinations or hospitalization such as might be ordered by a duly licensed medical doctor. **I release and discharge the Hosting Groups, Men's Ministry, their Trustees, employees, and agents from any liability for any first aid rendered or treatment performed pursuant to this consent.**
3. I give permission to **Men's Ministry** groups to be photographed, recorded, and/or videotaped and to allow this material to be used for publicity.
4. I certify that I am at least 18 years of age and have the capacity to consent to the terms of this Release.
5. I certify that I am competent to sign this Release, and have done so voluntarily.

**Por favor lea la siguiente declaración de liberación. Al enviar este formulario de registro, usted está indicando su acuerdo voluntario con esta declaración:**

1. Asumo personalmente la responsabilidad de mis acciones: estoy de acuerdo en acatar las reglas de este evento, y libero al **Men's Ministry SCHD, y la Iglesia Nueva Vida A/D**, sus administradores, empleados y representantes, por cualquier pérdida, lesión o daño a mi persona física ó a mi propiedad, estoy consciente que cualquier lesión es mi responsabilidad y asumo las consecuencias.
2. **Doy permiso a Men's Ministry** para obtener asistencia médica o ayuda que fueran necesarias para mi atención inmediata en caso de una emergencia. Este permiso incluirá la administración de medicamentos, tratamiento quirúrgico, exámenes de rayos X o la hospitalización, como podría ser ordenada por un médico debidamente autorizado. **Yo libero y descargo a los Grupos organizadores, y a mi iglesia, empleados y agentes de toda responsabilidad por cualquier cuidado y primeros auxilios o tratamiento que sean prestados a mi persona.**
3. Doy permiso a los grupos de **Men's Ministry** para ser fotografiado, grabado y / o grabado en video y para permitir que este material sea u sado para la publicidad.
4. Yo certifico que tengo al menos 18 años de edad y tiene la capacidad de dar su consentimiento a los términos de este lanzamiento.
5. Yo certifico que soy competente para firmar esta Autorización, y lo hago voluntariamente.

Firma del Adulto: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

Firma del Menor: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**Questions?** Contactarse con el Director De Varones E. Misael García (817) 521-4873, [misaelgarcia77@sbcglobal.net](mailto:misaelgarcia77@sbcglobal.net), Ó con el Secretario: Bernardo García al 870 834-0744, [pastorbernardog@gmail.com](mailto:pastorbernardog@gmail.com)