

IBR KISSIMMEE YOUTH RETREAT PERMISSION SLIP

AUTORIZACIÓN PARA EL RETIRO JUVENIL DE IBR KISSIMMEE

Hosted by / Organizado por:
IBR Kissimmee

Retreat Dates / Fechas del Retiro

- **Start / Inicio:** August 3, 12:00 PM
- **End / Finaliza:** August 5, 2:00 PM

Location / Lugar
2534 Neptune Rd.
Kissimmee, FL 34744

Ages / Edades
12–17 years old / 12–17 años

WHAT TO BRING / QUÉ DEBEN TRAER

Clothing / Ropa

- Comfortable clothes for 3 days
- Appropriate sleepwear
- Undergarments
- Socks
- Comfortable shoes
- Flip-flops for showers

Para Dormir

- Sleeping bag or Air Mattress
- Pillow
- Blanket

Toiletries / Artículos de Higiene

- Toothbrush
- Toothpaste
- Soap/body wash
- Shampoo
- Deodorant
- Hairbrush or comb
- Towel and washcloth
- Personal hygiene products

Other Items / Otros Artículos

- Bible / Biblia
- Notebook / Cuaderno
- Pen or pencil / Bolígrafo o lápiz
- Refillable water bottle / Botella de agua reutilizable
- Flashlight (optional) / Linterna (opcional)
- Prescribed medications (must be given to retreat staff upon arrival) / Medicamentos recetados (deben entregarse al personal al llegar)

PARTICIPANT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Participant Name / Nombre del Participante:

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Age / Edad: _____

Address / Dirección:

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Parent/Guardian Name / Nombre del Padre, Madre o Tutor:

Primary Phone / Teléfono Principal: _____

Secondary Phone / Teléfono Secundario: _____

Email / Correo Electrónico:

Emergency Contact (if different)

Contacto de Emergencia (si es diferente)

Name / Nombre: _____

Phone / Teléfono: _____

Relationship / Parentesco: _____

MEDICAL INFORMATION

INFORMACIÓN MÉDICA

Please list any allergies, medical conditions, dietary restrictions, or medications your child requires.

Por favor indique cualquier alergia, condición médica, restricción alimenticia o medicamento que necesite su hijo(a).

PERMISSION & MEDICAL AUTHORIZATION

PERMISO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

I give permission for my child to attend the IBR Kissimmee Youth Retreat from **August 3 at 12:00 PM through August 5 at 2:00 PM**. I understand that adult leaders will supervise all participants throughout the retreat. In the event of an emergency, I authorize retreat staff to obtain medical treatment for my child if I cannot be reached immediately.

Doy permiso para que mi hijo(a) asista al Retiro Juvenil de IBR Kissimmee del **3 de agosto a las 12:00 p.m. hasta el 5 de agosto a las 2:00 p.m.** Entiendo que habrá supervisión de líderes adultos durante todo el retiro. En caso de emergencia, autorizo al personal del retiro a obtener atención médica para mi hijo(a) si no puedo ser localizado(a) inmediatamente.

Parent/Guardian Initials / Iniciales: _____

PHOTO & VIDEO RELEASE

AUTORIZACIÓN PARA FOTOS Y VIDEOS

☐ **YES / SÍ**

I authorize IBR Kissimmee to use photographs or videos of my child for church or ministry purposes.

Autorizo a IBR Kissimmee a utilizar fotografías o videos de mi hijo(a) para fines de la iglesia o del ministerio.

☐ **NO**

QUESTIONS?

¿PREGUNTAS?

For additional information, please contact:
Para más información, comuníquese con:

Jonathan

 407-412-4102

Tatiana

 407-744-7322

SIGNATURES / FIRMAS

I have read and understand this permission form and give permission for my child to participate in the IBR Kissimmee Youth Retreat.

He leído y entiendo este formulario y doy permiso para que mi hijo(a) participe en el Retiro Juvenil de IBR Kissimmee.

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre, Madre o Tutor

Date / Fecha: _____

Participant Signature / Firma del Participante

Date / Fecha: _____