

CAMPER'S REGISTRATION FORM/РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

First name / Имя	
Last name / Фамилия	
D.O.B / Дата рождения	
Address / Адрес	
Home Phone / Домашний тел.	
Cell Phone # 1/ Мобильный № 1	
Cell Phone # 2/ Мобильный № 2	
Email	
Mother's name / Имя мамы	
Father's name/ Имя папы	
Emergency contact / Контактный тел. в случае необходимости	
OHIP #	
Does your child have any life-threatening allergies?/ Есть ли у Вашего ребёнка аллергия?	
# of sessions / Кол-во смен	
Dates of sessions/даты смен	
Deposit	<input type="checkbox"/> Cash/Наличными <input type="checkbox"/> Cheque/Чеком

PERMISSION FOR MEDICAL TREATMENT / Разрешение на оказание медицинской помощи моему ребёнку.
 In case of an accident or illness of my child while at school, I agree to allow the staff of Roots Education Inc. to obtain necessary medical attention. / При необходимости оказания моему ребенку экстренной медицинской помощи (нечастный случай, внезапная вспышка какой-либо болезни), я разрешаю учителям и администрации школы принять все возможные меры.

Parent signature / Подпись

Date / Число

