

**CAMPER'S REGISTRATION FORM/РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА**

<b>First name / Имя</b>	
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?	

**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 ребёнку экстренной медицинской помощи (несчастный случай, внезапная вспышка какой-либо болезни), я разрешаю учителям и администрации школы принять все возможные меры.

\_\_\_\_\_  
Parent signature / Подпись

\_\_\_\_\_  
Date / Число

