

Vacation Bible School Volunteer Registration

June 22 - 26, 2025, 4:30pm-7:30pm

Name: _____

My children/siblings are enrolled in VBS. Please place them in my small group.

Yes____ No____ Not Applicable____

____ Youth 12-17 years of age ____ Adult 18-21 years of age

Youth in grade six have the option to become helpers or attend for another year as a participant.

____ Adult 21 or older (place a check by your age group)

All adult volunteers must be in compliance with Diocesan regulations for volunteers working with minors. Check here if you need to register for a Protecting God's Children Workshop. _____ Training will be provided via Zoom at a date and time tba for all volunteers age 16 and older.

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Daytime phone number: _____

Emergency contact person: _____

phone: _____

Where would you like to work at VBS?

Mark 1-5 with 1 being your most preferred choice.

____ 4 & 5 year olds ____ Crafts ____ Snacks ____ Movie Theater

____ Crew Leader (with kids 6 & older) ____ Games

____ Bible Theater ____ Administration (registrations/photography)

Volunteers must be registered members of St. Sabina Parish.

Parents of youth under 18 years:

I/We the parent(s) of _____ request that our child be allowed to participate in the Vacation Bible School activity.

I understand as a parent or legal guardian I am responsible for any liability which may result from actions taken by my child.

I fully understand there is a risk of injury in any activity. I agree that I will not hold the parish, school, or organization named above, or their volunteers or the Diocese of Kansas City-St. Joseph responsible for any injuries that my child might incur while participating in this event.

In an emergency, if I cannot be contacted, I hereby authorize that emergency treatment be administered.

SIGNATURE (parent/guardian): _____ Date: _____

Please PRINT the following information

Home Address: _____

Parent/Guardian's Name: _____

Phone #: _____

Inscripción de Voluntarios para la Escuela Bíblica de Vacaciones

Junio 22 - 26, 2025, 4:30pm-7:30pm

Nombre: _____

Mis hijos/hermanos están inscritos en EBV. Por favor, inclúyanlos en mi grupo pequeño.

Si _____ No _____ No Aplica _____

_____ Jóvenes de 12 a 17 años de edad _____ Adultos 18-21 años de edad

Los jóvenes de sexto grado tienen la opción de convertirse en ayudantes o asistir un año más como participantes.

_____ Adulto de 21 años o más (haga un cheque por su grupo de edad)

Todos los voluntarios adultos deben cumplir con las normas diocesanas para voluntarios que trabajan con menores. Marque aquí si necesita inscribirse en un taller para proteger a los niños de Dios. _____ Se brindará capacitación a través de Zoom en una fecha y hora a determinar para todos los voluntarios mayores de 16 años.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Número de teléfono durante el día: _____

Persona de contacto de emergencia: _____

Número de Teléfono: _____

¿Dónde te gustaría trabajar en VBS? Marque del 1 al 5, siendo 1 su opción más preferida.

_____ niños de 4 y 5 años _____ Manualidades _____ Aperitivos _____ Cine: _____

_____ Líder de tripulación (con niños de 6 años o más) _____ Juegos

_____ Teatro Bíblico _____ Administración (registros/fotografía)

Los voluntarios deben ser miembros registrados de la Parroquia de Santa Sabina.

Padres de menores de 18 años:

Yo / nosotros los padres de _____ Solicito que se le permita a mi hijo participar en la actividad de la Escuela Bíblica de Vacaciones.

Entiendo que, como padre o tutor legal, soy responsable de cualquier obligación que pueda resultar de las acciones tomadas por mi hijo.

Entiendo plenamente que existe riesgo de lesiones en cualquier actividad. Acepto no responsabilizar a la parroquia, escuela u organización mencionada anteriormente, ni a sus voluntarios, ni a la Diócesis de Kansas City-St. Joseph, por ninguna lesión que mi hijo/a pueda sufrir durante su participación en este evento.

En caso de emergencia, si no pueden contactarme, por la presente autorizo que se administre un tratamiento de emergencia.

FIRMA (padre / tutor): _____ Fecha: _____

Por favor IMPRIMA la siguiente información

Dirección de domicilio: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Número de Teléfono: _____