

CONSENTIMIENTO PARA IDENTIFICATION
(KS CHIP)

YO _____, SOY _____ DE
(PADRES OH GUARDIAN) (PADRE OH GUARDIAN)

(NOMBRE DEL NINO) DE MENOR

COMO PADRE OH GUARDIAN LEGEL, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE
ELNINO ESTE EN EL PROGRAMA KS-CHIP, COMO PARTICIPANTE EN EL
PROGRAMA COMPRENDO QUE VOY A REDCIBIR LOS SIGENTEN.

- 1) Informacion, photo, marca de los dedos
- 2) Maraca de los dientes, saliva de la boca

Toda informacion de el nino cera la propiedad de los padres oh guardian. KS-CHIP
no va a de tener copias.

Yo tambian comprendo que el programa identifying es proporcionado por los MASONES
de el estado de KANSAS, (gratis) para sericio de la communida.

Como padre oh guardian no ago a los MASONES de el estado KANSAS responsable en
la participacion.

(FIRMA DE ADULTO) FECHA _____



Informacion de identificacion de nino
Por favor llena competamente
Imprime informacion claramente

Nombre	
Segundo Nombre	
Apellido	
Apodo	
Padres/Guargian	
Genero	
Altura ✕	
Peso ✕	
Color de Ojos	
Color de Pelo	
Raza	
Fecha de Nacimiento	
Marcas de Nacimiento	
Otras Notes/Consideraciones de Salud	
Numero de Telefono	
Otro # de Telefono	
Otro # de Telefono	
Direccion	
Codigo Postal	
Ciudad	
Estado	