|  |  |
| --- | --- |
| **Source content (English)** | **Target content (Spanish)** |
| Registration form | Formulario para participar |
| General information | Información general |
| Child’s name: | Nombre de su hijo: |
| Gender: | Género: |
| Birth date: | Fecha de nacimiento: |
| Parent/Guardian name: | Nombre de padre, madre o responsable: |
| Email: | Correo electrónico: |
| Address | Dirección |
| City | Ciudad |
| State | Estado |
| Zip code | Código postal |
| Phone number | Número de teléfono: |
| Emergency contact | Contacto en caso de una emergencia: |
| Phone number | Número de teléfono: |
| Relationship to child | Relación con el niño/la niña: |
| Race | Raza: |
| Ethnicity | Etnicidad: |
| (If registering for a part of a series) What session are you registering for?  [Include responses for multiple options or dates] | Si esto es parte de una serie, ¿para cuáles fechas/temas quiere participar?  [Include responses for multiple options or dates] |
|  |  |
| Health information | Información de salud |
| Do you or your child have any allergies? | ¿Tiene usted o su hija(o) alguna alergia? |
| Do you or your child have any health related issues that we should know about? If so, please list: | ¿Tiene usted o su hija(o) algún problema relacionado con su salud? La respuesta es “sí,” favor de indicarlo aquí: |
| Child’s name | Nombre de su hija(o) |
| Allergies/other health related issues | Alergias/otros problemas de salud |
| Parent or Guardian signature | Firma de padre/madre o tutor |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |