



October 31, 2020

Virtual Event via Zoom

12:00PM-4:30PM

Name of Participant/ Nombre de niño: _____

Age/Edad: _____ **Male/Hombre or/o Female/Mujer**

Grade Level/Grado: _____ **Allergies/Alergias:** _____

Address/la dirección: _____

City/Ciudad: _____ **County/Condado:** _____

Phone Number/ Numero de telefono: _____

Email/Correo electronico: _____

**Parent Name in Print/
Nombre de padre imprido:**

**Parent Signature/
Firma de padre:**

