



Vacation Bible School
August 4-6, 10 am – 12 pm
(Thursday, Friday, Saturday)
@ **Fall City United Methodist Church**
PO Box 640 (4326 337th Place SE), Fall City, WA 98024

For Kids age 4 through 10 - **Shake it Up Café, Where kids Carry Out God's Recipe** features music, crafts, games, snacks, and food-filled Bible stories. \$5 fee covers some expenses. Sponsorships available as needed. Registration deadline is July 31st, or will close when limited spaces are filled. For more information contact Pastor Lee Hartman, pastor@fallcityumc.org, 222-5458, or visit www.fallcityumc.org.

- REGISTRATION -

Child's Name _____

Child's Age _____ and Birthday _____

School Grade Entering in the Fall _____

Allergies or other important health information _____

Parent/Guardian Name _____

Contact Information:

Phone _____ email _____

Address _____

Home Church _____

Emergency Contacts

Name _____ Phone _____

Name _____ Phone _____

Dismissal Information

In addition to parent/guardian, name(s) of persons who can pick up from VBS

**Please send this registration with \$5 registration fee – or sponsorship request -
to Fall City United Methodist Church, PO Box 640, Fall City, WA 98024.**



Vacation Bible School
August 4-6, 10 am – 12 pm
(Thursday, Friday, Saturday)
@ **Fall City United Methodist Church**
PO Box 640 (4326 337th Place SE), Fall City, WA 98024

Para niños de edad 5 a 10 - Shake it Up Café, donde los niños llevar a cabo la receta de Dios - cuenta con música, artesanías, juegos, refrigerios, y historias de la Biblia.

Una carga de \$ 5 cubre algunos gastos. Patrocinios disponibles según la necesidad. Fecha límite de inscripción es 31 de julio, o se cerrará cuando se llenan los espacios limitados. Para más información contactar a la Pastora Lee Hartman, pastor@fallcityumc.org, 222-5458, o visite www.fallcityumc.org.

- REGISTRO -

Nombre de Niño _____

Edad de Niño _____ y Cumpleaños _____

Nivel de Escuela en el Otoño _____

Alergias o otra información importante de salud _____

Nombre de Padre o Guardián _____

Información de Contacto:

Teléfono _____ e-correo _____

Dirección _____

Iglesia de Afiliación _____

Contactos de Emergencia:

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Información de Despido

Aparte de los padres, nombres de personas que pueden escoger al niño despues de VBS

**Por favor, envíe este registro con \$ 5 - o solicita patrocinia – a Fall City Iglesia Metodista Unida,
PO Box 640, Fall City, NY 98024.**