Healing With Horses

Saturday, March 23, 2024
10:00am-4:00pm

REGISTRATION FORM

Registrations will be made on a first-come, first-serve basis and will include a screening questionnaire with a member of Capital Caring staff. A Parent/Guardian is required to participate for the duration of the event. PLEASE COMPLETE A REGISTRATION FORM FOR EACH CHILD **and return via mail or scan and email by**

March 15th ***to: Healing with Horses, Capital Caring Kids, ATTN: Emily Smith***
3180 Fairview Park Drive, Suite 500, Falls Church, VA 22042
esmith@capitalcaring.org
phone: 571-531-6124

Once your family has been accepted you will receive further detailed information.

Parent/Guardian Name and Relationship: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Alternate Phone: _____

E-mail address): _____

List Names of Children Attending: _____
Age(s): _____ Date of Birth(s): _____/_____/_____
Race/Ethnicity:_____

Gender(s): _____ Preferred Pronouns: _____

School(s) children attend:
_____
Additional Programs: _____

How did you learn about Point of Hope Camp? Who referred you? (Please be specific):
_____
_____
_____

Cicatrización con Caballos

sábado, 23 de mazo, 2024

10:00am-4:00pm

FORMULARIO DE REGISTRO

El registro estará por orden de llegada e incluirán un cuestionario de selección con un miembro del personal de Capital Caring. Se requiere un padre/cuidador para participar durante la duración del evento. POR FAVOR, COMPLETE UN FORMULARIO DE REGISTRO PARA CADA NIÑO y devuélvalo por correo o escanee y envíe un correo electrónico por 15 de marzo to: Cicatrizacion con Caballos, Capital Caring Kids, ATTN: Emily Smith 3180 Fairview Park Drive, Suite 500, Falls Church, VA 22042

Ecorreo: ESmith@capitalcaring.org

Teléfono: 571-565-4801

Cuando tu familia está acceptado, recibirás más informácion detallada.

Nombre y relación del padre/cuidador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del niño: _____ El nombre de familia: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Raza/Etnia:_____

Género(a): _____ Pronombres preferidos: _____

Hermanos (nombres/edades): _____

Escuela(s) de el(los) niño(s): _____

Programas adicionales: _____

¿Cómo aprendiste sobre Cicatrizacion con Caballos? ¿Quién te recomendó? (Por favor, sea específico):

_____

_____

_____