



"Historic Past - Dynamic Future"

City of Zion

FIRE & RESCUE DEPARTMENT
1303 27TH STREET
ZION, ILLINOIS 60099
(847) 746-4040
(847) 746-4035 "FAX"



JUSTIN STRIED
CHIEF

Inscripción para curso de RCP

Los cursos de RCP en el Departamento de Bomberos y Rescate de Zion son impartidos por instructores certificados de acuerdo con el plan de estudios y las pautas establecidos por la AHA.

Se requiere la cancelación al menos 24 horas antes de la fecha del curso para ser elegible para un reembolso. Es posible que se le re programe un curso futuro según la disponibilidad. Si no cancela dentro de las 24 horas posteriores a la fecha del curso, no se emitirá un reembolso. Para cancelar, envíe un correo electrónico a sarais@zion.il.us.

He leído y entiendo los requisitos de cancelación.

Nota: Su registro no estará completo hasta que este formulario y el pago hayan sido entregados al Departamento de Bomberos y Rescate de Zion.

Cuotas de inscripción

Las tarifas deben pagarse en el momento de la inscripción. Cheque, money order, y efectivo (se prefiere el cambio exacto) son formas de pago aceptables. Por favor haga los cheques a nombre de **City of Zion**.

- Soporte Vital Básico **Curso Completo**..... \$55 residente, \$70 no residente
- Soporte Vital Básico **Renovación** (con prueba de certificado dentro de los últimos dos años)..... \$35 residente, \$40 no residente
- Soporte Vital Básico **Sesión Practica** (con prueba de certificado del curso en línea)..... \$20 residente, \$35 no residente
- Heartsaver RCP/DEA/Primeros Auxilios **Curso Completo**..... \$60 residente, \$80 no residente
- Heartsaver RCP/DEA/Primeros Auxilios **Sesión Practica** (con prueba de certificado del curso en línea).. \$20 residente, \$35 no residente
- Heartsaver Pediátrico RCP/DEA/Primeros Auxilios **Curso Completo**.....\$75 residente, \$100 no residente

Información del aplicante

Nombre Completo _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Registración para: SVB **Curso Completo** SVB **Renovación** SVB **Sesión Practica**

Heartsaver RCP/DEA/Primeros Auxilios **Curso Completo** Heartsaver RCP/DEA/Primeros Auxilios **Sesión Practica**

Heartsaver Pediátrico RCP/DEA/Primeros Auxilios **Curso Completo**

Fecha y hora de curso solicitado: _____ Número de participantes: _____

Sólo para uso oficial

_____ Payment Amount \$ _____ Cash Check

Fire Department Member Taking Information (please print)

NOTA: Conserve una copia de este formulario como recibo y prueba de registro.