

## Parroquia de San Sebastián

### Registro para Educación Religiosa—2018-2019

APELLIDO (Escriba con Letra Mayúscula) \_\_\_\_\_

NUMEROS TELEFONICOS

Madre (Nombre) \_\_\_\_\_

Casa \_\_\_\_\_

Padre (Nombre) \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Número y Calle
Ciudad
Zona Postal

Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_  
Nombre
# Teléfono
Parentesco

Parroquia y hora de Misa que usualmente atiende \_\_\_\_\_

#### Estudiante 1

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

A qué Grado ingresa? \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Parroquia donde tomó las más recientes clases de Educación Religiosa: \_\_\_\_\_

Necesidad Especial/Médica \_\_\_\_\_

Bautizado Católico?  Sí  No      Primera Comunión?  Sí  No      Confirmación?  Sí  No

#### Estudiante 2

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

A qué Grado ingresa? \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Parroquia donde tomó las más recientes clases de Educación Religiosa: \_\_\_\_\_

Necesidad Especial/Médica \_\_\_\_\_

Bautizado Católico?  Sí  No      Primera Comunión?  Sí  No      Confirmación?  Sí  No

#### Estudiante 3

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_

A qué Grado ingresa? \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Parroquia donde tomó las más recientes clases de Educación Religiosa: \_\_\_\_\_

Necesidad Especial/Médica \_\_\_\_\_

Bautizado Católico?  Sí  No      Primera Comunión?  Sí  No      Confirmación?  Sí  No

#### Costo del Registro

Un Niño \$50.00

Precio Familiar \$70.00

Hay Becas Disponibles

#### Información de pago:

Cash

Cheque#

Pago \$ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Donación Adicional: Para Becas \$ \_\_\_\_\_ Para la Construcción \$ \_\_\_\_\_

**LIBERACION Y OBLIGACION DE LA JUVENTUD E INFORMACION MEDICA**  
**Diócesis de San Agustín**

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

ASUNTOS MEDICOS: Por la presente justifico que según mi leal saber y entender mi niño (a) está en buena salud y por lo tanto asumo toda responsabilidad por la salud de mi niño (a)  
(De las declaraciones siguientes que pertenecen a asuntos médicos, firmar solamente de acuerdo con sus deseos.)

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: En el caso de una emergencia, doy permiso a la Diócesis de San Agustín, voluntarios o representantes dar tratamiento médico para mi niño (a) mencionado arriba.

En el caso de que no pueda ser localizado en una emergencia, yo doy permiso al médico seleccionado por la Diócesis de San Agustín, representantes o voluntarios a hospitalizar, asegure tratamiento apropiado para ordenar inyección y/o anestesia y/o operación para mi niño (a) mencionado arriba.

En el caso de una emergencia, y si no me pudieran encontrar en el número de teléfono mencionado arriba, contactar:

Nombre y Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre y Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de la Familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro de Salud Familiar \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Yo hago la siguiente excepción: \_\_\_\_\_

Mi niño (a) Medicamentos y Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Problema Médico o Condición (alergias, diabetes): \_\_\_\_\_

Condición: \_\_\_\_\_ Síntomas: \_\_\_\_\_

Incapacidades Físicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente o Guardián y nombre imprimido Fecha

OTROS TRATAMIENTOS MEDICOS: Venga en caso a la atención de la Diócesis de San Agustín voluntarios o representantes de que mi niño (a) es herido a un grado secundario ( yo pudiera tratarlo en casa) o se enferma con síntomas de dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre o diarrea, doy permiso para darle medicamentos de mostrador para que sean administrados de acuerdo a las direcciones de la caja. Escribir "NO" sobre la línea de abajo si usted no desea aplicar o administrar medicamentos por el representante de la diócesis.

\_\_\_\_\_  
Firma del Pariente o Guardián y nombre impreso Fecha

Pariente/Guardián es agregado \_\_\_\_\_ no agregado \_\_\_\_\_ Información de salud detrás de esta forma. OCF-Y-YA 2009

# Parroquia de San Sebastián

1112 State Road 16, St. Augustine, Florida 32084 904-824-6625

## Permiso de los Padres y Liberacion de Responsabilidad Ministerios y Organismo

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
Para que el niño (a) mencionado arriba se les permita participar en este programa, y otra consideración de valor, el padre, tutor o representante legal, en nombre del niño y sus padres, representantes personales, cesionarios, herederos y próxima familia, por la presente puesta en libertad y eximir de responsabilidad a la Diócesis de San Agustín, Felipe J. Estevez, como obispo de Agustín, una única empresa, el Obispo Felipe J. Estevez, de forma individual y la entidad diocesana arriba mencionado, todos los organizadores de este programa, todos los voluntarios, acompañantes, empleados y agentes de dicha partes, sus representantes personales o cesionarios, de cualquier pérdida o daños a causa de cualquier perjuicio a la persona o los bienes personales del niño o la muerte causada por negligencia u otra, mientras que dicho niño está involucrado en el programa, las actividades del programa y mientras son transportados hacia y desde el programa mencionado. El firmante está de acuerdo en que esta liberación, renuncia y acuerdo de indemnización está destinada a ser tan amplio e inclusivo de lo permitido por las leyes del Estado de Florida, y que si alguna parte de este Acuerdo no válida, se ha acordado que el resto, No obstante, continuará en plena fuerza legal y efecto. El firmante, padre, tutor o representante legal, además reconoce que él / ella está autorizado a entrar en este Acuerdo en nombre de la niña y sus padres, representantes personales, cesionarios, herederos y familia.

Asimismo, autorizo a cualquier representante de este programa para obtener tratamiento médico para mi hijo en el improbable caso de una lesión o enfermedad durante este programa y me comprometo a pagar todos los gastos efectuados para tal tratamiento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardian Representante)

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Padre/Guardian/ Representante)

## Autorización para la reproducción de fotos de Menores de Edad

Por medio de este permiso, autorizo a la Parroquia de San Sebastián a que use y reproduzca las fotos que han tomado de mí(s) niño(s), niña(s) sin compensación alguna. Estas fotografías podrían ser usadas para fines de noticieros y/o publicaciones, reproducciones electrónicas (sitios de internet) y/o pamfletos. Adicionalmente, doy mi permiso para modificar las mismas fotos sin restricción y para obtener la marca registrada de la(s) misma(s). Por lo tanto, doy mi permiso y libero de cualquier reclamo y/o responsabilidad financiera al fotógrafo, los periodistas y las publicaciones o medios de prensa que ellos representan, al igual que a la parroquia de la Iglesia Católica de San Sebastián y a la Diócesis de Saint Augustine en relación a las fotografías en mención.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Guardian Representante)

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Padre/Guardian/ Representante)