

S. E. A. S. FORMACIÓN DE FE DE NIÑOS Y JÓVENES 2022-23

O.R. # _____ Cash/Check _____

St. Elizabeth Ann Seton Catholic Church 2022-2023

Receiving Copy of All Certificates (date) _____

Receiving Sacrament July 2022 to June 2023:

1st Eucharist, Yr 1 _____ 1st. Eucharist Yr 2 _____

Confirmation, Yr 1 _____ Confirmation, Yr 2 _____

RCIC/T, Yr 1 _____ RCIC/T, Yr 2 _____

Ongoing Formation _____ Full Communion _____

Parents enrolled in Formation, discount applied _____

(Office to include copy of parent enrollment form with child's packet.) Certs Rec'd At Enrollment: Birth Cert _____ Bapt Cert _____ 1st Comm Cert _____ Conf Cert _____

Donations		
Rite of Christian Initiation	No Charge	
1 child	\$50	\$
2 children	\$35 each	\$
3 children	\$25 each	\$
4 or more children	\$20 each	
\$10 fee increase per kid after 9/1		
Additional donation	Agape Gift	\$
Total	=	\$

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Nota para los padres: las páginas de donación, certificados y registro deben entregarse juntas.

Apellido del Padre : _____ Primer Nombre _____

Religión: _____ Teléfono de Padre: _____

Apellido del Madre : _____ Primer Nombre _____

Religión: _____ Teléfono de Madre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____

correo electrónico _____ Prefiero mensajes de texto o correo electrónico

NIÑOS POR EDAD Y GRADO ESCOLAR EN EL AÑO ESCOLAR AGTO. 2022 A MAYO 2023:

Apellido: _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Grado Escolar _____ Ha recibido el Bautismo (Si)/(No) 1st Comunión (Si)/(No) Confirmación (Si)/(No)

Alergias : _____ Medicación: _____ Dificultades de Aprendizaje: _____

Apellido: _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Grado Escolar _____ Ha recibido el Bautismo (Si)/(No) 1st Comunión (Si)/(No) Confirmación (Si)/(No)

Alergias : _____ Medicación: _____ Dificultades de Aprendizaje: _____

Apellido: _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Grado Escolar _____ Ha recibido el Bautismo (Si)/(No) 1st Comunión (Si)/(No) Confirmación (Si)/(No)

Alergias : _____ Medicación: _____ Dificultades de Aprendizaje: _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A LOS MENORES

Enumere dos personas, además de los padres / tutores, que están autorizadas a estar con su hijo durante la clase de catecismo o a recogerlo, o en caso de emergencia. (Se llamará primero a los padres en caso de una emergencia).

(NOTA: su hijo solo será entregado a alguien cuyo nombre aparezca en esta lista).

Nombré _____ Teléfono _____ Relación _____

Nombré _____ Teléfono _____ Relación _____

DIÓCESIS DE MONTEREY
RENUNCIA DE DERECHO Y LIBERACIÓN, FORM DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO
PARA LOS EVENTOS Y ACTIVIDADES EN LAS PARROQUIAS Y ESCUELAS

Para los padres o tutores legales: Este es un acuerdo que exonera a la parroquia o escuela antes, durante y después de la actividad / evento. Esta forma es también autorización para que él / la supervisor/a apruebe cualquier atención medica requerida por él / la menor, si la situación se presenta.

Este acuerdo exonera a la CORPORACIÓN OPERATIVO DE PARROQUIAS Y ESCUELAS DE LA DIÓCESIS DE MONTEREY, también conocida como la DIÓCESIS DE MONTEREY, a la cual se le referirá como la DIÓCESIS DE MONTEREY dentro de este documento, de cualquier demanda que el padre o tutor tenga contra la DIÓCESIS DE MONTEREY.

Actividad/Evento: Parroquia: Sagrado Corazón / San Benito, Hollister, CA Primer día de clases: El día final de clases: Modo de transportación:

Yo, _____ (nombre de padre o tutor legal) padre o tutor legal

de _____ (nombre del menor) por la presente doy permiso de que mi hijo/a participe en la actividad juvenil mencionada arriba. Yo me comprometo a instruir a mi hijo/a a que coopere y siga las reglas e instrucciones establecidas por los supervisores, parroquia, escuela o personal diocesano responsable del evento mencionado arriba.

A cambio por permitir mi hijo/a participar en la actividad mencionada arriba, a la medida permitido por la ley, yo renuncio a todas las demandas por daños que yo tenga en-contra de la DIÓCESIS DE MONTEREY, por muerte, daños personales, y perdidas o daños en propiedad, real o personal causada por o surgida de la actividad mencionada arriba.

Además se entiende y estoy de acuerdo que este consentimiento, exoneración y renuncia liga a mis sucesores herederos y asignados. También, en lo que permite la ley, yo exonero por adelantado a la DIÓCESIS DE MONTEREY sus funcionarios, agentes, empleados de toda culpabilidad relacionada a la actividad mencionada arriba.

Estoy de acuerdo y entiendo que la transportación será proveída en la forma y dentro de la discreción de la DIÓCESIS DE MONTEREY.

Mi hijo/a esta físicamente capaz de participar en este evento.

Yo autorizo a un representante de la DIÓCESIS DE MONTEREY los cuales han sido encargados del cuidado de los menores de edad nombrados arriba aprobar y permitir cualquier y todos los servicios médicos para mi hijo/a bajo la supervisión general o especial con el consejo de un doctor y cirujano con licencia bajo las provisiones del, "California Medical Practice Act", a que aprueba y permita cualquier radiografías, anestesia, tratamiento dental con licencia bajo las provisiones del " Dental Practice Act". Por este medio doy permiso a los representantes de la DIÓCESIS DE MONTEREY que usen su discreción para obtener servicio medico. Estoy de acuerdo que si servicios médicos son requeridos para mis hijos/as, la DIÓCESIS DE MONTEREY no va ser responsable por los gastos de los servicios médicos.

Esta entendido que esta autorización es dada de antemano para cualquier diagnostico especifico, tratamiento o cuidado hospitalario requerido pero es concedido para proveer poder y autoridad al representante diocesano mencionado arriba ejerciendo su mejor juicio y discreción necesario.

Por este medio autorizo al hospital que rindió los cuidados médicos a los menores bajo las provisiones de "Family Code section 6910" que entregue custodia del menor al representante diocesano mencionado arriba al completar el tratamiento. Esta autorización es dada conforme con el "Health and Safety Code section 1283."

Esta autorización será puesta en efecto durante todo el tiempo que mi hijo/a esta bajo la supervisión de la DIÓCESIS DE MONTEREY para el evento mencionado arriba y permanecerá en efecto hasta que él menor regrese del evento y no este bajo la supervisión de la DIÓCESIS DE MONTEREY.

Esta Forma de renuncia y liberación es firmada para que mi hijo/a pueda participar en el evento mencionado arriba para el entretenimiento y beneficio personal y es hecho libre y con total entendimiento de cualquier riesgo que pueda suceder durante la actividad. Yo, el suscrito he leído esta forma de renuncia y entiendo todos los términos. Yo ejecuté esto voluntariamente y con total entendimiento de su importancia.

He discutido todo lo mencionado arriba con mi hijo/a y el/ella esta consciente de y entiende la importancia de seguir todas las reglas establecidas por los supervisores.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Favor de proveer la siguiente información:

Nombre del Menor: _____

Fecha de nacimiento: _____ M F

Alergias (comidas, medicinas, insectos, etc.): _____

Medicamentos (nombre, dosis, motivo) _____

Otra información (heridas) o condiciones especiales de salud o físicas: _____

Nombre del Menor: _____

Fecha de nacimiento: _____ M F

Alergias (comidas, medicinas, insectos, etc.): _____

Medicamentos (nombre, dosis, motivo) _____

Otra información (heridas) o condiciones especiales de salud o físicas: _____

Información de seguro:

Nombre de seguro: _____

Nombre de póliza: _____ Numero de póliza: _____

Personas autorizadas para recoger a los menores:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Mis hijos pueden caminar a su casa después del programa

Mis hijos pueden manejar a su casa después del programa

Personas a notificar en caso de una emergencia:

Nombre _____

Teléfono de día _____ Teléfono de noche _____

Nombre _____

Teléfono de día _____ Teléfono de noche _____

Nombre del doctor _____ Teléfono _____

Nombre del dentista _____ Teléfono _____

