Registro de formación de fe de San Pablo 2023-2024

Apellido de la familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Registrado en la parroquia? Si No Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado actual en la escuela: K 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º

Condiciones crónicas (por ejemplo, epilepsia; diabetes, TDAH, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias (alimentos, plantas, medicamentos, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Restricciones dietarias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vacunas: Fecha del último tétanos / difteria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna limitación física S / N? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El participante ha estado expuesto recientemente a enfermedades o infecciones contagiosas como paperas, sarampión, varicela, etc. S / N Si es así, indique las fechas y condiciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos sin receta: marque uno de los siguientes:

( ) NO se pueden administrar medicamentos de ningún tipo, ya sean recetados o no, al participante a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

( ) SI se pueden administrar medicamentos sin receta al participante si se considera apropiado.

Sacramentos recibidos: (¡Debe proporcionar un certificado!) Bautismo S / N

En caso afirmativo, donde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sagrada Eucaristía S / N

En caso afirmativo, dónde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Confirmación S / N

En caso afirmativo, donde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de contacto del padre / tutor: Nombre del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Calle) (Ciudad / Estado / Código postal)

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cellular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la madre (soltera): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_ Religión Direccion en caso de que no sea la misma del Padre de Familia mencionada arriba.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO MÉDICO Y TRATAMIENTO

A. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casa / Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: en caso de emergencia, el abajo firmante por la presente, da permiso a los participantes para transportar a los participantes a un hospital para emergencias médicas o tratamiento quirúrgico. El (los) abajo firmante (s) desean ser avisados ​​antes de cualquier tratamiento adicional por parte del hospital o doctor En caso de emergencia, si no se puede contactar al suscrito en el número anterior, contacto:

Nombre y relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE

El abajo firmante consiente en la publicación de fotografías y nombres de los participantes. Para ser utilizado por la Diócesis de Raleigh y en la iglesia San Pablo para futuros programas promocionales de Diócesis y parroquia. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con LisaAnn Ludwig al 614-581-3547.

\_\_\_\_\_\_ Por favor, inicie aquí si acepta la divulgación de identificación personal información.

\_\_\_\_\_\_ Por favor, inicie aquí si NO da su consentimiento para la divulgación de identificación personal información.

III. CÓDIGO DE COMPORTAMIENTO

1. Los participantes deben quedarse y participar en todo el evento. Los participantes no pueden abandonar el local a menos que esté acompañado por un adulto, padre o tutor legal.

2. No se permite la posesión o uso de alcohol, tabaco, drogas o armas de ningún tipo.

3. No se tolera lenguaje grosero.

4. Los participantes deben cumplir con todas y cada una de las instrucciones del personal de Formación de Fe.

5. Los participantes deben respetar los derechos y la propiedad de los demás. Daño o desfiguración de

la propiedad será responsabilidad financiera de los Participantes involucrados y del suscrito.

6. El incumplimiento de este Código de Comportamiento puede resultar en una solicitud al suscrito a

transportará a los participantes infractores desde las instalaciones, y el abajo firmante deberá inmediatamente

cumplir con la solicitud.

IV. DIVULGACION DE FOTO / VIDEO

Doy mi consentimiento para el uso por parte de St. Paul ("la parroquia") y la Diócesis de Raleigh ("la diócesis") de cualquiera cinta de video, fotografías, diapositivas, cintas de audio o cualquier otra reproducción de video o audio en la que o mis hijos pueden aparecer. Entiendo que estos materiales se están utilizando para la promoción de ministerio juvenil en la parroquia y / o la diócesis. Dichas actividades promocionales se extienden a reclutamiento, defensa, recaudación de fondos, etc. Pueden aparecer imágenes en la parroquia o en la diócesis sitio web. Libero al personal y los voluntarios de la parroquia y la diócesis de cualquier responsabilidad conectado con el uso de mi / hijo (s) imagen o grabación de voz como parte de cualquiera de los anteriores o actividades similares y, además, que tal uso será sin pago de honorarios, regalías, especial crédito u otra compensación.

V. PERMISO

El abajo firmante declara (s) que (él / ella / ellos) (es / es) el (padre / padres / tutor) del Participantes nombrados anteriormente y tienen plena responsabilidad legal por los Participantes. Los abajo firmante por la presente otorga permiso para que el (los) participante (s) participen en la Fe Programa de formación.

VI. PERMISO PARA CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO (Marque todos los que correspondan)

Yo / Nosotros damos permiso a la Iglesia Católica San Pablo y sus programas para contactarme / nosotros en el

siguiente manera: \_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_ Mensaje de texto \_\_\_\_ Teléfono

VII. FIRMAS

EL FIRMADO HA LEÍDO, COMPRENDE Y ACUERDA Y

ACEPTA TODAS LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO

Tutor:

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_