

# Educación Religiosa 2016-2017



Diócesis católica de Peoria formulario de inscripción del participante

Nombre de la parroquia \_\_\_\_\_

Nombre de la familia: \_\_\_\_\_ Nombre de los Papás: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Para inscribir a los niños en la Educación Religiosa y sus niveles de estudios (K-8) para el PRÓXIMO AÑO de escuela:

NOMBRE DEL NINO	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO EN 2016-2017	ALERGIAS CONOCIDAS E INFORMACION MEDICA QUE TENEMOS QUE SER CONSCIENTES DE: (incluyendo medicamentos actuales)	Sacramentos Recibidos (Bautismo, Primera Reconciliación, Primera Comunión)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Permiso General**

Solicito que mi (mis) hijo (s) mencionados se le (s) permita asistir a la educación religiosa ubicado en \_\_\_\_\_ por la duración del año escolar 2016-2017. Yo libero y acepto indemnizar y eximir de la parroquia, su personal y sus empleados y agentes, voluntarios, y la Diócesis Católica de Peoria, de cualquier y toda responsabilidad, por lesiones, daños, gastos médicos o cualquier otra pérdida a mi niño o familia, incluyendo honorarios de abogados, que surjan de reclamos de cualquier clase o naturaleza

alguna de mi participación en este programa.

**Formulario de autorización médica**

Concedo el permiso para la administración de primeros auxilios a mi(s) hijo (s) mencionados por los responsables de la educación religiosa en \_\_\_\_\_, firmar los comunicados necesarios que puedan ser requeridos y hacer las referencias necesarios a los médicos cualificados para el tratamiento de la enfermedad o accidentes de naturaleza más grave. Entiendo que pronto avisaremos en caso de cualquier enfermedad grave o accidente y antes de cualquier cirugía mayor, excepto cuando demora en tal comunicación pondría en peligro la vida. En el caso de una emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible para contactar con los padres/tutores del participante. En caso de que yo no puedo llegar, yo doy permiso a los médicos seleccionados por el personal adulto para hospitalizar, asegurar tratamiento apropiado, y para inyección, anestesia o cirugía si se considera necesario para mi hijo.

**Información de Aseguranza**

Titular de la Póliza (en el nombre \_\_\_\_\_

de):

Compañía de aseguranza: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Medico Autorizado \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Hospital Autorizado: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Números telefónicos: \_\_\_\_\_

**Grabación en vídeo y fotografías**

Video, aún fotografías y grabaciones de audio se pueden tomar durante la educación religiosa. Este formulario de autorización constituye permiso para la participación de mi(s) niño(s) en videograbación, aún fotografías, o grabaciones de audio, que pueden ser utilizadas para futuros esfuerzos promocionales, incluyendo publicaciones y sitios web de la Diócesis católica de Peoria.

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Uso de Oficina Solamente
Total a pagar: _____
Total Pagado: _____
Cheque #: _____