

Programa Bilingüe Educación Religiosa - Parroquia de San Rafael
FORMA DE REGISTRACIÓN 2018/2019
Sabados de 9 a 10:30 am

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Edad del Niño/a: _____ Grado: _____ Sexo: M F

Nombre de la escuela a que asiste: _____

Lugar de nacimiento del estudiante: _____
(Ciudad, Estado, País (si no es EE.UU.))

Fecha de Nacimiento: _____
Mes/Día/Año

Estudiante estar bautizado? Sí No

Necesita sacramentos de reconciliación y comunión? Sí No

Dirección de su casa: _____
(Calle y No. de Apto.) (Ciudad) (Zona Postal)

Teléfono: _____
(Teléfono de su hogar) (Teléfono cel. de la Madre) (Teléfono cel. de la Padre)

_____ *(Email) (Teléfono el Trabajo Madre) Teléfono el Trabajo Padre)*

Nombre del Padre: _____
(Apellido) (Primer Nombre)

Nombre de la Madre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Apellido de Soltera)

Estudiante vive con: _____
(marque uno) Ambos Padres Madre Padre Otra persona

Precauciones Médicas/Alergias: _____

Parroquia donde está registrado/a: _____

Religión de los Padres: _____
Madre Padre Año _____

Room _____

Programa Bilingüe Educación Religiosa - Parroquia de San Rafael

Nombre del Estudiante: _____

(Apellido)

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

Personas que viven en esta localidad (diferentes de los padres) a las que se notificará en caso de emergencia: Estas personas están autorizadas para recoger a mi hijo/a en ausencia de los padres.

Nombre	Parentesco con el/la niño/a	Teléfono de Casa	# del Trabajo/Cel.

Yo, padre/madre (o guardián del niño/a cuyo nombre aparece arriba), doy mi consentimiento para que él/ella participe en las actividades de Educación Religiosa y los Programas Juveniles de la Parroquia de San Rafael.

Estoy de acuerdo en instruir a mi hijo/hija para que coopere y cumpla con las normas e instrucciones de la Parroquia, de la Escuela o del personal de la Arquidiócesis responsable de las actividades juveniles.

Doy mi consentimiento para que, en el evento de que mi hijo/hija sufra un accidente o herida como resultado de su participación, o durante el trayecto hacia o desde el lugar de estas actividades, ya sean causadas o no por la negligencia (activa o pasiva) de la Parroquia, de la Escuela o del programa de actividades de la Arquidiócesis, o por cualquiera de sus agentes o empleados, los recursos para el pago de los costos y gastos médicos relacionados sean, primeramente, deducidos del seguro contra accidentes, o seguro médico o de hospital o cualquier otro plan de beneficios disponible, en mi nombre o en el de mi cónyuge.

No tengo conocimiento de la existencia de ninguna condición médica de mi hijo/hija que le impida participar en cualquiera de las actividades de este programa.

Otorgo, aquí, permiso para que el médico profesional seleccionado por el personal supervisor de las actividades juveniles, le de el tratamiento necesario y apropiado determinado por dicho profesional.

Entiendo que si llega a ser necesario debido a la conducta perturbadora, que puede ser consultado por el personal de Educación Religiosa, en asistir a clase con mi hijo/a semanalmente. No serán tolerados comportamientos dañinos o peligrosos .

Firma del padre/madre/guardián: _____ Fecha: _____

Información de Pagos		Si 1ª Comuni3n en mayo, adicionales	
Cantidad	_____ Cuota \$80	Cantidad	_____ Cuota \$30
Cheque #	_____	Cheque #	_____
Fecha	_____	Fecha	_____

AUTORIZACION DE PADRES/TUTORES PARA ESTUDIANTES O MENORES (CON FINES NO COMERCIALES)

Esta sección debe de ser completada por la entidad Arquidiocesana (Escuela/Parroquia/Arquidiócesis) que patrocina la actividad ("Localidad"):

Nombre de la Localidad: Programa Bilingüe de Educación Religiosa en
La Localidad tiene la intención de usar la imagen, el nombre, la voz y/o el trabajo de su hijo/a para fines no comerciales relacionados con el evento(s) o actividad(es) que se identifican a continuación. San Rafael

Descripción del evento(s)/actividad(es) para los cuales se aplica esta Autorización:
Clases de educación religiosa

Duración de la Autorización: Desde 9-8-18 [Fecha] Hasta 5-20-19 [Fecha]

Esta sección debe ser completada por los padres/tutores:

Yo, _____ (Nombre) soy el padre, madre, o tutor de _____ (Nombre del menor), un menor.

Por la presente autorizo a la Localidad, a utilizar la siguiente información personal de mi hijo/a (Por favor marcar la respuesta que aplica)

Imagen: si no Voz: si no Nombre: si no Trabajo: si no

Yo entiendo y estoy de acuerdo que la imagen, voz, nombre y/o trabajo de mi hijo/a ("Información Personal") relacionados con los eventos o actividades descritos anteriormente serán usados para propósitos no comerciales, incluyendo pero no limitados a publicidad, exhibiciones, emisión de medios electrónicos o investigaciones. Entiendo y acepto que la Información Personal de mi hijo/a puede ser copiada, editada y distribuida por la Localidad en publicaciones, catálogos, folletos, libros, anuarios, revistas, exhibiciones, películas, videocasetes, CDs, DVDs, mensajes de correo electrónico, sitios web o cualquier otro medio aun no conocido o desarrollado posteriormente ("Materiales").

La Localidad puede usar la Información Personal a su criterio exclusivo, con o sin el nombre de mi hijo/a o con un nombre ficticio, y con material biográfico preciso o ficticio. La Localidad no usará la Información Personal para propósitos inadecuados o de manera inconsistente con las enseñanzas de la Iglesia Católica Romana.

Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier material que pueda ser creado usando la Información Personal ahora y en el futuro. A cambio de la oportunidad dada por la Localidad a mi hijo/a de participar en la actividad, estoy de acuerdo en que ni yo ni mi hijo/a recibiremos compensación monetaria, regalías o crédito. Entiendo y acepto que la Localidad será titular de todos los derechos, títulos e intereses, incluidos los derechos de autor en las fotografías, las grabaciones electrónicas y los materiales. Si la Localidad intenta utilizar los materiales para fines comerciales, se me proporcionará en ese momento toda la información sobre los términos del uso comercial.



Renuncio, y desisto de cualquier reclamo, demanda o causas de acción contra la Locación y sus entidades afiliadas, empleados, agentes, contratistas y cualquier otra persona, organización o entidad que los asista con fotografía, grabación electrónica o materiales, por daños y perjuicios de cualquier manera relacionados con, o derivados de la fotografía, grabación electrónica o materiales, o el uso de la información personal, y asumo expresamente el riesgo de lesión o daño resultante.

Además, entiendo y acepto que esta Autorización permanece en vigor hasta que sea retirada por escrito. Entiendo que si cambio de opinión sobre esta Autorización, enviaré otro nuevo formulario de autorización a la Locación. Sin embargo, mi nueva Autorización no tendrá el efecto de revocar esta Autorización, y la Locación no tendrá ningún deber u obligación de realizar cambios o alteraciones a los materiales que pudieran haber sido preparados basados en esta Autorización.

He leído esta Autorización, entiendo el contenido y soy capaz de otorgar los derechos y renunciaciones que contiene. Entiendo que los términos de esta Autorización son contractuales y no meramente recitales. Yo estoy firmando este documento libre y voluntariamente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Firmante: _____ Relación con el menor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular/Email: _____

Nombre del Menor: _____ Edad: _____



Programa de VIRTUS "Enseñando la Seguridad en el Contacto Físico"
Archidiócesis de Los Ángeles
"Formulario de permiso"

Estimados Padres o Tutores,

El Programa de Educación Religiosa de San Rafael, presentará un programa de prevención de abuso sexual con nombre, *Seguridad en el Contacto Físico*, a nuestros estudiantes este año educativo del 2018/2019. Los creadores de Protegiendo a los Niños de Dios™ desarrollaron este programa que la Arquidiócesis de Los Angeles nos lo ha brindado, y es una parte de nuestro esfuerzo continuo para ayudar a crear y mantener un ambiente seguro y de proteger a todos los niños el abuso sexual.

Por favor complete el formulario de permiso en la parte inferior de esta página. Como padre, usted tiene el derecho de elegir si su hijo participa. Un formulario de exclusión está disponible bajo petición. Si usted tiene preguntas acerca de este programa, por favor comuníquese con la Coordinador de Educación Religiosa Ana Cervantes al 967-1641 Est.4
Para obtener más información sobre el programa, Seguridad en el Contacto Físico, visite el sitio web de VIRTUS Online™ en www.virtus.org.

Formulario de autorización para el uso del programa de *Seguridad en el Contacto Físico*:

Entiendo que mi hijo participara en el programa Protegiendo a los Niños de Dios™ *Seguridad en el Contacto Físico*. Estoy solicitando específicamente que el programa de Educación Religiosa de San Rafael presentar este programa a mi hijo, cuyo nombre es:

Nombre de estudiante _____

Firma de Padre o Tutor _____

Nombre de Padre o Tutor (en molde) _____

Fecha _____