



## DIÓCESIS DE ORANGE

### AUTORIZACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARROQUIA Y ESCUELA SANTA CECILIA

#### PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA FE PARA NIÑOS

UBICACIÓN: 1301 SYCAMORE AVE., TUSTIN, CA 92780

AÑO: 2017-2018

HORARIO: SÁBADOS 8:30AM-3:00 PM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

MÓVIL: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

MÉDICO DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

SEGURO DE SALUD: \_\_\_\_\_

NÚM. DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

Yo, el padre (o el tutor legal) de \_\_\_\_\_, por este medio autorizo su participación en la actividad anteriormente mencionada. Me comprometo a dirigir a mi hijo(a) a cooperar y cumplir con las indicaciones e instrucciones provistas por la parroquia, escuela o personal diocesano responsable de esta actividad.

Como condición de que a mi hijo(a) se le permita participar, por este medio exonero a la Diócesis del Condado de Orange, sus organizaciones constituyentes, incluyendo pero sin limitarse al Obispo Católico Romano del Condado de Orange, una sociedad única, y sus representantes, empleados y voluntarios (referidos colectivamente como la «Diócesis») de cualquier y toda responsabilidad legal por lesiones personales o daños a la propiedad que él/ella pueda sufrir como resultado de su participación en la actividad descrita anteriormente, aun cuando tales lesiones o daños sean causados por negligencia activa o pasiva de cualquiera de las entidades o las personas nombradas o descritas previamente.

Acepto en la máxima medida permitida por la ley vigente que, en el caso de que mi hijo(a) se lesione como resultado de su participación en la actividad anteriormente mencionada, incluyendo el traslado desde y hacia esta actividad, sea o no causada por negligencia activa o pasiva de la parroquia, escuela o programa de actividades juveniles diocesano o por cualquiera de sus representantes o empleados, todos los gastos de hospitalización, tratamiento médico o dental o cualquier gasto relacionado será primeramente gestionado por la compañía de seguros de accidentes, hospitalario, de atención médica o dental, o cualquier otro plan de beneficios disponible al cual yo o mi cónyuge estemos suscritos. No tengo conocimiento de que mi hijo(a) padezca de alguna condición médica que le impida participar adecuadamente en cualquier actividad.

Por medio de la presente autorizo la participación de mi hijo(a) en la toma de fotografías, videos, reportajes, grabaciones u otra producción audiovisual que conmemore dicho evento, así como la publicación y la duplicación o cualquier otra utilización de los mismos. Además, por medio de la presente cedo cualquier derecho a indemnización o cualquier derecho que yo pudiera poseer que delimite y controle la producción o la utilización de dichos medios audiovisuales.

Por este medio autorizo la intervención del médico, la enfermera, el dentista o el personal de atención medica autorizado elegido por el personal de supervisión presente para prestar los servicios de atención médica, dental u otro tipo de tratamiento adecuado que se considere necesario y apropiado por el personal de atención medica autorizado.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



**1 AÑO - FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**  
**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA FE PARA NIÑOS 2017-2018**

CLASE: SÁBADOS: 9AM- 10:30PM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ IDIOMA PRINCIPAL HABLADO EN CASA: \_\_\_\_\_

GRADO ESCOLAR 2017-2018: \_\_\_\_\_

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER ALERGIA, CONDICIONES MÉDICAS O PROBLEMAS DE APRENDIZAJE QUE SU HIJO PUEDA TENER:

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

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

POR FAVOR, NOMBRE DOS (2) PERSONAS AUTORIZADAS A QUIEN PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y CUANDO NO PODAMOS COMUNICARNOS CON USTED DIRECTAMENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ENTREGUÉ UNA COPIA DEL ACTA DE BAUTIZO JUNTO CON ESTA REGISTRACIÓN

**REQUISITOS DEL PROGRAMA**

ACEPTO QUE AL INSCRIBIR A MI HIJO/A AL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LA FE PARA NIÑOS EN LA PARROQUIA SANTA CECILIA, ME COMPROMETO A PAGAR LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE LA CLASE DE MI HIJO/A. RECONOZCO QUE, SI MI HIJO ESTÁ INSCRITO EN LA CLASE DE PREPARACIÓN SACRAMENTAL, TENDRÉ QUE PAGAR UNA CUOTA ADICIONAL.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE (EN LETRA DE MOLDE):** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

PARA USO DE LA OFICINA

COPIA DEL ACTA DE BAUTIZO \_\_\_\_\_

REGISTRATION FEE: