

2015-2016 St. Francis of Assisi Religious Education Registration K-12

San Francisco de Asis Forma de Registro de la Educaci'on Religioso

Student's full name/Nombre del Estudinate

First/Primero

Middle/Mediano

Last/Apellido

Grade:\_\_\_\_\_ K-6th grade ONLY T -Shirt size\_\_\_\_\_ Cost \$10— We would like each student to have a shirt to wear on Wednesday nights .If you have financial difficulties, please see Jonnie Broussard

Student cell:\_\_\_\_\_ Student email:\_\_\_\_\_ Facebook?\_\_\_\_\_

Parent email:\_\_\_\_\_ Parent cell:\_\_\_\_\_

facebook?\_\_\_\_\_

Has your child received the sacrament of/Ha su nino recibido el Sacramento de:

Baptism/Bautismo:\_\_\_\_\_ Eucharist/Eucaristico:\_\_\_\_\_ Confirmation/Confirmaci'on:\_\_\_\_\_

I give permission/Yo le doy permiso:\_\_\_\_\_ I do not give permission/Yo no doy permiso:\_\_\_\_\_

For my child to be photographed and/or videotaped for *any* St. Francis Catholic Church functions and activities such as but not limited to Religious Ed, KeYsis (including field trips, dio events, conventions), Vacation Bible School, Summer Art Classes. I realize that the photo may be published in the newspaper, a magazine, the Church website or other publications.

Para que mi hijo sea fotografiado y / o grabado por cualquier de San Francisco Iglesia Católica funciones y actividades tales Como, pero no se limitan a Educación Religiosa, KeYsis (incluyendo excursiones, eventos dio, convenciones), Bíblica de Vacaciones La escuela, clases de verano de Arte. Me doy cuenta de que la foto puede ser publicada en el periódico, una revista, la sitio web de la iglesia u otras publicaciones.

\*Registration fee: \$20 per child with a limit of \$60 for 3 or more. Confirmation candidates pay \$30 registration fee *Please do not let the registration fee stop you from registering your children. Talk to Jonnie Broussard if financial assistance is needed.*

\*La cuota de inscripción es de \$ 20 por niño con un límite de \$ 60 para tres o más hijos. Candidatos confirmation de pagar \$ 30 cuota de inscripción Por favor no dejes que la cuota de inscripción de dejar de registrar a sus hijos. Hable con Jonnie Broussard si necesita asistencia financiera.



*Scan to pay through Online Giving*

Date/Fecha:\_\_\_\_\_

Parent Signature/Firma del Padre:

**EXHIBITH J-h (Spanish)**

**Forma de inscripción en la cual los padres/tutores delegan la responsabilidad de su hijo(a)**

\_\_\_\_\_ **Diócesis de Beaumont** \_\_\_\_\_  
Parroquia \_\_\_\_\_ / Escuela \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**UTILIZE LETRA DE IMPRENTA**

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Calle o P.O. Box. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfonos, trabajo, Celular, etc. \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Proporcione el nombre de dos familiares o vecinos quienes pueden ser responsables de su hijo(a) en caso de que no se pueda comunicar con ustedes.

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

Problemas de Salud: enfermedades del corazón, epilepsia, diabetes, oídos, ojos, alergias coronitas:

Explique: \_\_\_\_\_

RELIGION \_\_\_\_\_ Parroquia a la que pertenece \_\_\_\_\_

Año escolar (otoño 20\_\_\_\_) EDAD \_\_\_\_\_ FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**NOSOTROS LOS PADRES (PADRE, MADRE O TUTOR) DEL NIÑO(A)/JOVEN, DEL NOMBRE MENCIONADO ARRIBA, POR ESTE CONDUCTO DOY/DAMOS CONSENTIMIENTO Y APROBACION DE QUE PARTICIPE EN UNA O TODAS LAS ACTIVIDADES PATROCINADAS POR LA DIOCESIS DE BEAUMONT, LAS PARROQUIAS O ESCUELAS DE LA MISMA DIOCESIS, ESTO INCULYE LA PARTICIPACION EN EVENTOS ATLETICOS., YO/NOSOTROS ASUMIMOS TODOS LOS RIESGOS Y PELIGROS QUE CONLLEVAN DICHS EVENTOS, INCLUYENDO TRANSPORTACION, Y TODO METODO DE EDUCACION QUE RECIBA EN DICHS EVENTOS, YO/NOSOTROS DESLINDAMOS, ABSOLVEMOS Y EXENTAMOS DE TODA RESPONSABILIDAD A LA DIOCESIS DE BEUAMONT, AL OBISPO CURTIS J. GUILLORY, OBISPO DE LA DIOCESIS DE BEAUMONT, LAS PARROAUIA O ESCUELAS, Y DIFERENTES ORGANIZACIONES Y PATROCINADORES DE CUALQUIER INDEMNIZACION O PERDIDA, DE CUALQUIER DAÑO O HERIDA QUE SUFRA EL NIÑO/JOVEN, YO/NOSOTROS REUNUNCIAMOS A TODO TIPO DE RECLAMACIONES DE CUALQUIER INDOLE, ESTO INCULYE A CUALQUIER ORGANISMO O PERSONA INCLUSO AQUELLAS QUE PROPORCIONE TRANSPORTE DE REGRESO DE LAS ACTIVIDADES ANTES MENCIONADAS. YO/NOSOTROS DAMOS AUTORIZACION PARA QUE ANTES-DE ABORDAR, PARA ASISITIR A CUALQUIR EVENTO, EL EQUIPAJE DE NUESTRO HIJO/HIJA SEA REVISADO, BUSCANDO CUALQUIER SUSTANCIA QUE PUEDA PONER EN RIESGO LA SALUD DE LOS PARTICIPANTES O DE LA MISMA ORGANIZACION, Y NUESTRO PERSONAL. DAMOS NUESTRA AUTORIZACION PARA QUE NUESTRO HIJO/HIJA SEA REVISADO EN CASO DE SOSPECHA DE QUE TENGA ALGUNA SUSTANCIA ILEGAL, LA CUAL PUEDE PONDER EN PELIGO SU SALU O LA DE LOS PARTICIPANTES, NUESTROA VOLUNTARIOS Y PERSONAL.**

FECHA \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

Deben de firmar los padres o tutores

Complete la parte de atrás

Doy/damos permiso para que mi/nuestro hijo(a) participe en eventos patrocinados por esta parroquia/esuela y/o la diócesis de Beaumont

DE: Los Padres (papa, mama o tutores) de \_\_\_\_\_

ASUNTO: Servicios médicos/de salud de emergencia

Esto es para verificar que, en caso de que no podamos ser contactados, un empleado de la diócesis de Beaumont, o bien alguna de sus parroquias o escuelas, o en su defecto un asesor adulto de \_\_\_\_\_ esta autorizado a solicitar asistencia medica de emergencia a mi hijo(a) cuyo nombre se menciona arriba, dicha persona también esta autorizada a dar permiso escrito o cualquier otra forma de autorización necesaria en conexión a dicho servicio de salud.

\*\*\*\*\*

Favor de llenar todos los espacios del cuestionario si no hay respuesta, escriba NO; si la pregunta no aplica, escriba, N/A; no deje ningún espacio vacío.

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o tutores                      Fecha

Nombre de la compañía de seguro medico \_\_\_\_\_  
Información

Póliza a nombre de \_\_\_\_\_

Póliza numero: \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicamento recetados o sin receta que actualmente toma \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna del Tetano: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia comuníquese con:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Incluya una copia por ambos lados de la tarjeta de seguro medico**