



2017-2018

FORMA DE REGISTRACIÓN PARA SECUNDARIA

ESTUDIANTES DE 6°, 7° y 8° GRADO

ESTA FORMA NO ES PARA LOS QUE RECIBIRAN LOS SACRAMENTOS

1ª Sesión: miércoles, 4 de octubre, 2017

IMPORTANTE: Si su hijo/a necesita prepararse para la Primera Comunión deberá completar la forma amarilla; son bienvenidos a participar en el grupo juvenil de secundaria, en cual caso debe completar las dos formas. Por favor regrese esta forma una semana antes de la primera sesión. Una vez registrado y pagado, simplemente venga al salón 7 de la Escuela Cristo el Maestro a la hora y día mencionada debajo; por favor anótelos en su calendario.

HORARIO DE CLASE: 6:30-7:00 PM TIEMPO SOCIAL EN EL SALON 7; 7:00-8:30 PM SESION DE GRUPO (TERMINA EN EL GIMNASIO)

GRADO ESCOLAR DE ESTUDIANTE

6° Grado Niñas 7° Grado Niñas 8° Grado Niñas 6° Grado Niños 7° Grado Niños 8° Grado Niños

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Masculino / Femenino
Primer Medio Apellido

Nombre que usualmente usan para su hijo/a _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
VIVE CON Los dos padres Mama Papa Otro

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información médica o emocional que debemos saber: _____

MI HIJO/A A RECIBIDO LOS SACRAMENTOS DE?

Bautismo (si no aprenda como llame al 966-5344) Reconciliation (Confession) First Communion

SI SU HIJO/A NECESITA LOS SACRAMENTOS DE RECONCILIACIÓN Y PRIMERA COMMUNION, POR FAVOR USE LA FORMA AMRILLA, NO ESTA FORMA

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Mamá: _____ SACRAMENTOS QUE HA RECIBIDO LA MAMÁ
Primer Medio Apellido Bautismo1ª Comunión Confirmación

Domicilio (si es diferente a la del Estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Celular _____

Número de Casa _____ Número de Trabajo _____

Correo Electrónico _____

¿QUE LENGUAJE HABLA

Inglés Español Otro

Papá: _____
Primer Medio Apellido

SACRAMENTOS QUE HA RECIBIDO EL PAPÁ

Bautismo1ª Comunión Confirmación

Domicilio (si es diferente a la del Estudiante) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Celular _____

Número de Casa _____ Número de Trabajo _____

Correo Electrónico _____

¿QUE LENGUAJE HABLA

Inglés Español Otro

Un Estudiante

CUOTA DE INSCRIPCIÓN

2 o más estudiantes

\$25 Con Horas Voluntarias* \$40 Sin Horas Voluntarias \$50 Por Familia Con Horas Voluntarias* \$65 Por Familia sin Horas Voluntarias

¿Necesita Beca? - (también marque cajita que dice con horas voluntarias)

*OPCIONES PARA HORAS VOLUNTARIAS

Bazaar Yarda Cocinando Cena de Cangrejo Picnic VBS/BEARS Música Manejando Acomodo para eventos
 Limpieza después de eventos Eventos/Recaudar fondos Liturgia de Niños Otro _____

Envíe a la dirección que encontrará abajo -o- llévela a la oficina parroquial (al oeste de la iglesia) o a la Oficina de Educación Religiosa (Salón #4 de la Escuela Cristo el Maestro)

Marque la casilla si NO da permiso de usar fotos o videos de su hijo en nuestra página de web o en las presentaciones relacionadas con la iglesia.

En caso de inclemencias del tiempo, use su propio juicio y quédese en casa si el clima le parece peligroso

FORMA AMARILLA = SACRAMENTOS

FORMA AZUL = PRE-ESCOLAR-5º

SALMON = ESCUELA MEDIA

5315 Tieton Drive, Yakima, WA 98908 | Edu. Rel.509-966-0788 Fax 509-965-0288 | Oficina Parroquial 966-0830 Fax: 509-965-1742

Uso para la oficina solamente

Posted Amt. _____

Cash Check # _____

Página se dejó en blanco intencionalmente

LA DIOCESIS DE YAKIMA
CATHOLIC MUTUAL "SE PREOCUPA PARA USTED"
FORMA DE PERMISO DE PADRES OF GUARDIAN LEGAL
PARA LA PARTICIPACION EN UN DIA DE EXCURSION

Estimados Padres o Guardián Legal:

Meta de Currículo: Todos los excursos durante el año de 6/1/2017 al 5/31/2018

Destinación: Corn Maze, Asilo de Ancianos, y otros serán anunciados

Supervisor designado para la actividad: Rose Meyer, Directora de Educación Rel.

Fecha y Tiempo de salida: Varea – generalmente de 6:00 a 8:30

Fecha y hora anticipada de regreso: Varea – generalmente entre 8:30 y 9:00

Forma de transporte: Vehículo privado, caminando

Costo al estudiante: SERA DETERMINADO

Si usted desea que su hijo/a participe en este evento, favor de completar, firmar y regresar la siguiente declaración de consentimiento y documento de renuncio a la responsabilidad. Como padre, o guardián legal, usted es completamente responsable por cualquiera responsabilidad legal que pueda resultar de acciones personales tomadas por dicho estudiante.

Yo estoy de acuerdo con la participación de mi hijo/a _____.

En el evento mencionado. Entiendo que este evento tomará lugar fuera de la escuela y que mi hijo/a estaría bajo la supervisión de un empleado designado por la escuela en las fechas mencionadas. Además afirmo que estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas sobre la participación en este evento, incluyendo el método de transporte.

Nombre/Firma de los Padres

Domicilio

#de teléfono en caso de emergencia

Favor de regresar estas formas a más tardar _____.

LA DIOCESIS DE YAKIMA
HOJA DE INFORMACION DE SALUD
(NOMBRE DE EVENTO)

NOMBRE _____
Hombre _____ Mujer _____ Fecha de nacimiento _____
DIRECCION _____
CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____
TELEFONO _____
PARROQUIA _____
CIUDAD _____

¿Se encuentra este participante de buena salud y disponible a participar en actividades de este entrenamiento?
SI _____ NO _____ (si no, someta una declaración de limitaciones)

Favor de dar fecha de más reciente de examen físico:

FECHA _____
DOCTOR/CLINICA FAMILIAR _____
DIRECCION DEL DOCTOR/CLINICA _____
TELEFONO (_____) _____

Historia de inmunizaciones. FAVOR DE DAR LAS FECHAS:

DPT 1 _____ DPT 2 _____ TETANO _____
SERIE DE IMUNIZACIONES PARA PARA POLIO _____ 2DA DE POLIO _____ TB _____

Alergias (Favor escribir sí o no para cada una)

ASTHAM _____ PIQUETE DE ABEJA _____ CONVULSIONES _____ DESMAYOS _____
ALERGIAS _____ PENICILINA _____ SULFA _____

ALERGIAS A COMIDAS (cuales) _____

OTROS _____

Si se marcó si en alguno de los anotadas arriba, favor de someter una declaración de como su hijo/a fue tratada y con cual medicamento,. Este y cualquier otro medicamento será dispensado por el Coordinador _____ (Diocesano O Parroquial) _____ de Jóvenes. Una hoja de permiso para hacerlo será enviada ya que la aplicación se recibe.

Operaciones o Heridas graves:

Fechas _____

Al firmar esta aplicación, yo certifico que la información anotada esta correcta y doy permiso para que mi hijo/a sea llevado/a en un vehiculo privado a y de transportación publico o para actividades fuera del _____ (Tipo de evento) _____; y permiso para ceder archivos medicos a un doctor en caso de enfermedad.

En caso de una emergencia medica, entiendo que todo esfuerzo se hara de comunicarse con los padres o guardianes de los participantes. En caso de que no puedan comunicarse conmigo doy permiso a que el doctor elegido por el Director del _____ (Evento) _____, hospitalice, asegure tratamiento adecuado para inyecciones, anesthesia o cirugía para mi hijo/a nombrado aqui.

Campania de seguro _____ Número de póliza _____

Teléfono de padres (_____) _____ Teléfono adicional(_____) _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ Fecha _____

Favor de añadir una copia de su tarjeta médica con esta forma

REGRESAR ESTO CON APLICACION Y FORMA DE RECOMENDACION.

LA DIOCESIS DE YAKIMA
EXCURSION

FORMA DE INFORMACION PARA CHOFERES

CONDUCTOR

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Núm. De Seguro Social _____

_____ Número de teléfono _____

Numero de licencia _____ Fecha de expiración _____

VEHICULO QUE SERA UTILIZADO

Nombre del propietario _____ Modelo del vehículo _____

Dirección del propietario _____ Marca del vehículo _____

_____ Año del vehículo _____

Número de placas _____ Fecha de expiración _____

Fecha de expiración del registro _____

Si más de un vehículo va a ser utilizado, la información anterior debera ser obtenida para cada vehículo.

INFORMACION DEL SEGURO

Cuando se utilice un vehiculo particular, los limites de la cobertura serán los limites provistos por la póliza de dicho vehiculo.

Nombre de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____

Fecha de expiración _____

Límites de responsabilidad de la póliza _____

*Nota: Los límites mínimos de responsabilidad que serán aceptables para vehículos particulares son de \$100,000/\$300,000.

DIÓCESIS DE YAKIMA

ACUERDO DE INCULPABILIDAD PARA ADULTOS

Cada participante adulto, incluyendo a líderes de grupo o chaperones, deberá firmar este acuerdo.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, estoy de acuerdo en cuanto a mí, y en nombre

Nombre Completo

de mis herederos, cesionarios, ejecutores y representantes personales, de no culpar y de defender a la **Parroquia de la Sagrada Familia, Yakima** sus oficiales, directores, agentes, empleados o representantes de toda responsabilidad por enfermedad, lesión o la muerte que surja de o en conexión con mi participación en el viaje.

En el evento de que yo necesite o requiera atención médica y no sea capaz de comunicar mis deseos de asistir a médicos u otro personal médico, doy permiso para que se administre el tratamiento de emergencia necesario.

Por favor comuníqueme a los doctores que tengo las siguientes alergias:

En caso de una emergencia y por permiso para tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, por favor contacte a:

Nombre: _____ Relación a mí: _____

Número telefónico de día: _____ Número telefónico de noche: _____

Compañía de Seguro de Salud _____

Número de identificación del seguro _____ Número de Póliza _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde