

Peregrinación por la Vida del Decanato Oeste-enero 17-20, 2019

Forma de Registración para Jóvenes

Costo total del viaje- \$200, **regrese esta forma con \$50 de depósito para garantizar su lugar antes del 21 de diciembre, 2018**

Escriba su cheque a nombre de St. Monica Catholic Church.

Nos iremos la tarde del 17 y regresaremos alrededor de las 6pm el 20.

Llame a Daniel Neri @ 317-253-2193 opt. 3

O

Envíe un correo electrónico en youthministry@stmonicaindy.org

Nombre (Impreso): _____ # Tel. de Casa: _____

Correo electrónico del Joven: _____ # Cel. del Joven: _____

Parroquia: _____ ¿Puede comunicarse por mensaje de texto con los líderes? Si ___ No ___

Correo electrónico: _____ # Cel. de Padres: _____

Sexo (*Circule uno*) Masculino Femenino Edad: _____ Grado: _____

Escuela: _____

Alergias o Necesidades Dietéticas Especiales: _____

Tamaño de camiseta (En caso que ordenemos camisetas- Circule Uno) S M L XL XXL

MEDICAMENTO: Si se necesitan medicamentos (con y sin receta), envíelos con su hijo/a. Enumere estos medicamentos en la siguiente sección e incluya el nombre del producto y las instrucciones del médico sobre la dosis y la frecuencia. **Cualquier medicamento que se traiga en el viaje debe estar claramente etiquetado en su envase original y registrado en el momento del registro.**

1.

2.

3.

ACUERDO DEL JOVEN:

Joven: Estoy de acuerdo en cumplir con el código de conducta estándar de la Iglesia Católica Santa Mónica respetando a los demás, participando plenamente en las actividades del evento y estando abierto a nuevas experiencias de oración. No usaré lenguaje inapropiado, o traeré drogas, alcohol o armas al evento. Entiendo que si cometo una infracción del código, puedo ser despedido del evento.

Firma del Joven: _____ Fecha: _____

Padres: Doy permiso para que mi hijo participe en la Peregrinación por la Vida. Estoy de acuerdo en que mi hijo cumplirá con todas las reglas descritas en el acuerdo para jóvenes. Entiendo que si mi hijo rompe las reglas, él / ella estará bajo supervisión estricta y es posible que no se le permita asistir a futuras peregrinaciones.

Firma de Padres/Custodio Legal: _____

Nombre: (Impreso) _____ Fecha: _____

(ATRÁS)

Peregrinación por la Vida
Enero 17-20, 2019
Forma de Consentimiento de Padres/Custodio Legal PARTE II

Padre/Custodio Primer Nombre _____ Apellido _____
Dirección de Casa _____
Ciudad _____ Código Postal _____
#Teléfono (____) _____ # Celular (____) _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____ (nombre padre/custodio), concedo permiso a mi hijo,
_____ (nombre de hijo), para que participe en la Peregrinación por la Vida que se llevará a cabo en Washington, D.C. del 17-20 de enero, 2019

En consideración a la oportunidad para que mi hijo participe y reconociendo plenamente que tal compromiso implica un elemento de riesgo, asumimos todos los riesgos y peligros incidentales en dicha participación y de este modo liberamos, absolvemos, indemnizamos y acordamos mantener inofensiva a la Parroquia Santa Mónica, el Decanato Oeste, la Arquidiócesis de Indianápolis, sus agentes, empleados y oficinas y los chaperones, líderes, organizadores y patrocinadores, y las personas que transportan a nuestros hijos hacia y desde estas actividades. Ni la Arquidiócesis de Indianápolis/El Decanato Oeste/La Parroquia Sta. Mónica ni ninguna de dichas personas serán responsables financieramente por cualquier lesión, enfermedad o muerte en que se incurra como resultado directo o indirecto de la actividad.

Por la presente garantizo que, según mi conocimiento, mi hijo goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo.

En caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para que se le administre tratamiento médico de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por parte del hospital o el médico. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo, por favor use a esta persona de contacto alternativo:

Nombre: _____ Relación _____

de Teléfono: _____ # de Celular: _____

Doctor Familiar _____ # de Teléfono (____) _____

Portador de Plan de salud _____ Número de Póliza _____

Por favor haga especificar las necesidades especiales de su hijo _____

Entiendo que mi hijo puede ser fotografiado, no identificado en situaciones grupales; y por la presente otorgo permiso para que mi hijo sea fotografiado & identificado para su publicación en The Criterion y/o el sitio web de la Arquidiócesis, boletines de la parroquia y/u otras promociones parroquiales.

Póliza de Cancelación: entiendo que si mi hijo debe cancelar su asistencia a este viaje por cualquier motivo menos de 2 semanas antes de la fecha de partida, será responsable de pagar su lugar y/o encontrar un reemplazo, según se haya acordado. Hecho en base al número de registros recibidos.

Nosotros, los abajo firmantes, hemos leído este comunicado, entendemos todos sus términos y lo ejecutamos voluntariamente y con pleno conocimiento de la importancia.

Firma de Padres/Custodio Legal: _____

Nombre: (Impreso) _____ Fecha: _____