

Educación Religiosa 2023-2024

Forma de Registro de Participantes en la Diócesis de Peoria



Cada padre/guardián debe completar y someter este Formulario al Director de Educación Religiosa para que su hijo /a pueda participar en el Programa de Educación Religiosa en la Parroquia: _____ . El Permiso de exención de Responsabilidad / Permiso Médico debe ser firmado por los padres/guardianes del niño/s.

Nombre de la Parroquia:	_____	Ciudad, Estado, Zip:	_____
Nombre de la Familia:	_____	Teléfono (Casa):	_____
Nombre de los Padres:	_____	Teléfono (Cell):	_____
Dirección: Calle:	_____	Email:	_____

Niños a ser registrados en Educación Religiosa y sus niveles de escuela (K-8) para el próximo año escolar:

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	AÑO ESCOLAR '23-'24	INFORMACIÓN DE MEDICINAS Y ALERGIAS CONOCIDAS NECESITAMOS ESTAR INFORMADOS DE ESTAS (incluyendo los medicamentos prescritos y de venta libre)	Sacramentos Recibido (Bautismo, Primera Reconciliación, Primera Comunión)

Permiso de exención de Responsabilidad / Permiso Médico

El abajo firmante concede el permiso de sus hijo (s) de participar en el Programa de Educación Religiosa en la Parroquia: _____ en el año escolar 2023-2024. El abajo firmante exenta de responsabilidad y de forma permanente y voluntaria se compromete a indemnizar de cualquier daño a la Parroquia: _____ de la Diócesis de Peoria de cualquier riesgo, reclamo, demanda, litigio legal y gastos de

cualquier índole que pudiera surgir de algún daño personal, enfermedad, muerte y daño a la propiedad, cualquiera que sea, que que pudiera ocurrirle o padecer cualquiera de mis hijo/a(s).

El abajo firmante también esta de acuerdo de indemnizar y liberar de toda responsabilidad a la Parroquia: _____ de la Diócesis de Peoria y respectivamente a todos sus miembros, directores, empleados y agentes de cualquier reclamo, demanda, acciones, litigios legales, obligaciones incluyendo pero no limitado a costos de abogado o gastos sostenidos por la Parroquia: _____, total autoridad, de ejercer a su discreción, para transportar a mi hijo/a(s) a la sala de emergencia del hospital para recibir tratamiento y para firmar cualquier permiso(s) que sea necesario para obtener tratamiento médico para mi hijo/a(s). Doy también mi consentimiento para asumir yo mismo todas las responsabilidades financieras de todas las cuentas asociadas con mi hijo/a(s).

Información de Seguro

Dueño de la póliza (bajo el nombre de quien):			
Compañía de Seguro:			
Número de Póliza:			
Doctor Primario:		Teléfono #s:	
Hospital Autorizado:			
Contacto de Emergencia:			
Parentesco con los niños:			
Teléfono #s:			

Toma de Video y de Fotografías

Video, Fotografías y grabaciones de audio pueden ser tomadas durante la Educación Religiosa. Este formulario de autorización constituye un permiso para que mi hijo/a(s) participen en los videos, fotografías y grabaciones de audio que pueden ser usadas para futuros esfuerzos promocionales incluyendo publicaciones y paginas de las redes de comunicación de la Diócesis de Peoria.

Firma de los Padres: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY
Total Due: _____
Total Paid: _____
Check #: _____