



Información general: Grado: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

\$70 K-7mo, \$40 8vo-12mo, \$60 Preparación sacramental (si corresponde)

Nombre de Estudiante: _____

(nombre de pila)

(apellido)

Domicilio: _____

(nombre y número de la calle)

(ciudad)

(código postal)

Madre: _____ **Padre:** _____

(nombre)

(apellido)

(nombre)

(apellido)

Celular de la madre: _____ **Celular del padre:** _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

Escuela: _____ **Idioma hablado en casa:** _____

¿Ha recibido el estudiante los siguientes sacramentos: (por favor, marque todo)

Bautizo? Si No

1ra Comunión? Si No

Confirmación? Si No

¿Dónde asistió el estudiante a la clase de Educación Religiosa el año pasado: _____

Horario de clase: (seleccione una ranura de tiempo a la derecha y la solicitud de ciclo de marca de verificación a continuación)

K-5to, domingo, 10:15 am— 11:45 am

6to-12mo, domingo, 4:00 pm— 5:50 pm

4to-5to, domingo, 4:00 pm—5:50 pm

Vamos a una escuela católica

Ciclo: A B Sin preferencia

INFORMACIÓN DE SALUD

Alergias del estudiante, si las hay, incluya medicamentos y alergias alimentarias:

Problemas médicos crónicos o restricciones físicas del estudiante:

FOR OFFICE USE ONLY:

Amount Due:		Date Paid:	
Amount Paid:		Amount Remaining:	
Method of Payment:		Ck# or CC authorization #:	
Catechist Scholarship:		Payment Plan:	

Consentimiento de Promoción de Medios

Durante el año del programa de Formación de Fe, St. Catherine of Siena podrá participar en videos, grabaciones de audio o fotografía que involucren los nombres de los estudiantes o sus voces. Estas producciones se pueden utilizar para propósitos educacionales o de exposición St. Catherine of Siena a perpetuidad y puede ser copiada, con derechos de autor, editada y distribuida por St. Catherine of Siena en perpetuidad a menos que dicho consentimiento sea revocado por escrito.

Los medios de comunicación, entre ellos representantes de la televisión, radio, periódicos y revistas, también a menudo son permitidos en la propiedad de la parroquia y puede tomar notas, fotos, grabaciones de sonido o imágenes en movimiento que puede incluir a su hijo. Estos elementos pueden aparecer o utilizados en las noticias o en reportajes de periódico, televisión o radio.

Usted tiene derecho a oponerse a la utilización del nombre de su hijo/a, imagen o voz en estas producciones y puede hacerlo completando el siguiente formulario y devolverlo al Director de Formación de Fe de la parroquia de St. Catherine of Siena.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de formación de Fe al: 727-531-7721.

(marque uno)

Yo/nosotros, los abajo firmantes, **doy** / **no doy** mi consentimiento a:

St. Catherine of Siena puede utilizar el nombre, retrato u otra semejanza de mi hijo para el

Boletín tableros, sitio web, comunicados de prensa, los medios de Comunicación y actividades promocionales de St. Catherine of Siena. Este consentimiento se renueva al principio de cada año de programa de formación de fe.

(Complete uno por cada niño/a)

Nombre del estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Padre o guardián legal (imprima)

Padre o guardián legal (Firma) **

Fecha

Madre o guardián legal (imprima)

Madre o guardián legal (Firma) **

Fecha

** Vaya a scosparish.org/SIGN para aprender a registrar su firma electrónica.

ST CATHERINE OF SIENA CATHOLIC CHURCH

Formulario de Reconocimiento de la Póliza de Formación de Fe para Padre/Estudiante RECONOCIMIENTO

Reconozco que he recibido, leído, entendido y mi hijo o hijos estamos de acuerdo en seguir las políticas contenidas en el Manual de Padres/Estudiantes de Formación de Fe incluyendo las Pólizas y Procedimientos del programa parroquial local, la Póliza de Acoso en Situaciones No Empleo y Ambiente Seguro de la Diócesis de St. Petersburg.

Por favor marque lo que corresponda y firme/impresión/fecha según sea apropiado en los espacios correspondientes.

___ Mi Niño / niños y yo asistiremos a la sesiones del programa de Educación de Ambiente Seguro para Estudiantes/Padres como sea asignadas—Sesión Estudiantil dentro de las clases regulares del programa- Sesiones de padres como se indica en la Formación de Fe / Calendario Parroquial.

___ No puedo asistir al Programa Educativo de Ambiente Seguro para Padres, pero me gustaría recibir todos los materiales adicionales (más allá de las pólizas del manual) relacionados con el Ambiente Seguro de Padres / Programa de Educación para Estudiantes y Padres.

___ No deseo recibir los materiales (más allá de las pólizas del manual) relacionado con el programa de Ambiente Seguro para Padre/Estudiante.

(Firma) de Padre o Guardián **

(Firma) de Padre o Guardián **

(Nombre Imprimido) de Padre o Guardián

(Nombre Imprimido) de Padre o Guardián

Fecha

Nombre de Parroquia

Imprima nombre de Estudiante

Firma de Estudiantes

** Vaya a scosparish.org/SIGN para aprender a registrar su firma electrónica.



Roman Catholic Diocese of St. Petersburg
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS PADRES/GUARDIANES
SOBRE EL COVID-19 Y RENUNCIA EXPRESA DE RESPONSABILIDAD

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del padre/madre/guardián: _____

Domicilio: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado como una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y por tanto se recomienda el distanciamiento físico. La parroquia/escuela de **St. Catherine of Siena** cumplirá con las regulaciones estatales y locales de conducta, y ha establecido medidas preventivas razonables a fin de reducir la propagación del COVID-19 durante las actividades de su parroquia/escuela (incluso, aunque no limitado al campamento de verano). Sin embargo, aunque tales regulaciones serán cumplidas y las medidas razonables serán establecidas, la parroquia/escuela no puede garantizar que usted y su hijo/a (o sus hijos/as) no contraigan la infección del COVID-19. Más aún, participar en las actividades de la parroquia/escuela pudiera aumentar el riesgo suyo y el de sus hijos de contraer el COVID-19.

Como firmante de este acuerdo reconozco la naturaleza contagiosa del COVID-19 y además reconozco que mis hijos y yo estamos expuestos o podemos contraer el COVID-19 como consecuencia de nuestra participación en la actividad de la parroquia/escuela y que de tal exposición o contagio puede resultar una lesión personal, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. A mi saber y entender, el riesgo de estar expuesto al COVID-19 o quedar contagiado por el mismo en la parroquia/escuela de **St. Catherine of Siena** puede ser el resultado de acciones, omisiones o negligencia por mi parte o por parte de otras personas, incluso, pero no limitado de los empleados, voluntarios, y participantes y sus familiares en el programa parroquial.

Aun considerando lo susodicho, yo, _____, el suscrito, concedo permiso a mi hijo (a), _____, para que participe en esta actividad parroquial, que pudiera requerir transporte a otra localidad fuera de los terrenos de la parroquia, no obstante los riesgos asociados con el COVID-19 y las actividades grupales.

Confirmando, además, que no existen cambios necesarios al formulario del Consentimiento de Información Médica sobre mi hijo, que sometí con anterioridad. De haber algún cambio necesario, yo llenaría otro formulario de Consentimiento de Información Médica.

También acuerdo en nombre propio, de mi hijo(a) mencionado en el presente documento y de mi cónyuge, nuestros herederos, sucesores y cesionarios en exonerar, indemnizar, eximir y defender a la parroquia/escuela de **St. Catherine of Siena** y a la Diócesis católica romana de St. Petersburg, sus miembros, directores, oficiales, empleados, agentes y representantes (“indemnizados”) asociados con el suceso surgido de, o en conexión con, los actos negligentes u omisiones de los “indemnizados” relacionado con la prevención de la propagación del COVID-19. YO, EL SUSCRITO, ESPECÍFICAMENTE RECONOZCO Y ESTOY DE ACUERDO CON DEFENDER, INDEMNIZAR Y EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD A LOS “INDEMNIZADOS” DE SU PROPIA NEGLIGENCIA RELACIONADA POR SU ACCIÓN U OMISIÓN CON RESPECTO A LA PROTECCIÓN CONTRA EL COVID-19.

Firma **: _____ Fecha: _____

**** Vaya a scosparish.org/SIGN para aprender a registrar su firma electrónica.**