Re

|  |
| --- |
|  If the child is a returning student please pull the child’s file. |
| * Copy of Birth Certificate
 |
| * Copy of Baptism Certificate
 |
| * Copy of 1st Com. Certificate
 |
| Registration Fee\_\_\_\_\_\_ $ 40.00 per child Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| First Year of First Communion Must be in 2nd grade or higher |  |
| Second Year of First Communion Must be in 3rd grade or higherMust Complete 2 years in program with good attendance  |  |
| First Year of ConfirmationMust be in 9th Grade |  |
| Second Year of ConfirmationMust be in 10th Grade)Must Complete 2 years in program with good attendance |  |

**Holy Cross Parish**

**Office use only:**

**Religious Education Program**

**505 26th Street West Palmetto, FL 34221**

**Phone: 941-729-3891 Fax: 941-721-9402**

|  |  |
| --- | --- |
| **Class is on Sundays from 10:30am-11:20am***Clase son los domingos de 10:30am a 11:20am* |  |



**Office use only:**

**Application for Registration/**

**Aplicación Para Registración**

 **2022-2023**

 PLEASE PRINT (LETRA DE IMPRENTA POR FAVOR)

**Is this your child’s first year of Religious Education Classes?**/¿Es este el primer año de catequesis para su niño/a? Yes/Si\_\_\_ No\_\_\_

**Did your child attend Religious Education with us Last year?**/ Su niño/a asisto clases con nosotros el año pasado?Yes/Si\_\_\_ No\_\_\_

**Email Address**/Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**Must Include**/ Debe Incluir)

**Full Name** / Nombre Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date of Birth**/Fecha De Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Age**/Edad\_\_\_\_\_\_\_\_ Male/Niño Female/Niña

**Place of Birth**/Lugar de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Address**/Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Home Phone #**/Teléfono de casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cell#:**Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emergency contact name**/Nombre del Contacto de emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Emergency Phone *#****/Número de la Persona para contactar en caso de emergencia:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grade in school**/Grado en la escuela: \_\_\_\_\_\_\_

**Was your child baptized**/Su hijo(a) fue bautizado(Yes/Si)\_\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_

**Church name and place of Baptism**/Lugar y nombre de la Iglesia donde se bautizó\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date of Baptism**/Fecha De bautizo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Did your child receive First Communion**/Ha recibido su hijo(a) la Primera Comunión Yes/Si\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_

**When and where?**/¿Dónde y cuándo?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Did your child receive Confirmation**/Ha recibido su hijo(a) Confirmación Yes/Si\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

***Any Allergies, Disabilities or Special Needs?****/¿Algún tipo de Alergia, Discapacidad o Necesidades Especiales?:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mother’s Maiden Name**/Nombre de la madre (de soltera):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mother’s Date of Birth**/Fecha de nacimiento de la madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mother’s Telephone Number**/Número de teléfono de madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Father’s Name**/Nombre del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Father’s Date of Birth**/Fecha de nacimiento del padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Father’s Telephone Number**/Número de teléfono de padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rev. 11/2020**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

\* En caso de que el estudiante arriba mencionado se enferme o se lastime, se hará un esfuerzo razonable por comunicarse con los padres o tutor legal. En caso de una emergencia, se llamara al 911. En el caso de que el alumno antes mencionado sufra una enfermedad o lesiones, se harán todos los esfuerzos razonables para comunicarse con uno o ambos padres, con el o los tutores del menor o con el contacto de emergencia. En caso de emergencia médica, cuando no se pueda notificar a las personas mencionadas o las mismas no estén disponibles, autorizo (autorizamos) a la parroquia de Holy Cross, u otros funcionarios diocesanos a prestar su consentimiento para que reciba atención hospitalaria, según lo considere necesario y apropiado un médico autorizado para ejercer en el Estado de la Florida. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de su firma.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Iniciales)

Yo autorizo que mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sea fotografiado durante actividades de la parroquia para cualquier material impreso y la página de internet de la parroquia. Yo entiendo que el nombre de mi hijo/a no se usara para identificar a mi hijo/a. Este documento de autorización se mantendrá archivado en la oficina de la iglesia. Si yo quisiera cancelar este permiso puedo hacerlo en cualquier momento. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Iniciales)

***\*Información Médica: Indique toda la información sobre alergias, necesidades de dieta específicas, medicamentos especiales, impedimentos físicos, tipo sanguíneo, afecciones o cualquier otra información necesaria en caso de emergencia. Explique detalladamente***.

\* Al entregar a mi menor al cuidado del tercero antes identificado, la parroquia/ escuela no asume

otra responsabilidad por el cuidado, el bienestar o cualquier otro aspecto del menor. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Iniciales)

**Por la presente, libero de responsabilidad a la escuela/ parroquia/ programa, al** **Obispo, en forma individual o como sociedad unipersonal, y a todos los agentes,** **empleados y voluntarios de dicha parroquia/ escuela/ programa (en adelante y en** **conjunto, la “Iglesia”) frente a cualquier responsabilidad civil, incluso la que surja de la** **negligencia de la Iglesia como consecuencia de su actuación conforme a esta** **autorización. Asimismo, acuerdo eximir de responsabilidad a la Iglesia por cualquier** **reclamo o demanda que pueda entablarse como consecuencia de la presente autorización.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del padre o tutor Fecha**

Español

Rev 11/2020

CONSENT, RELEASE OF LIABILITY FORM

\* In case of illness or injury of the above student, reasonable effort will be made to contact the parent(s)/legal guardian(s)/emergency contact. In case of a medical emergency, 911 will be called. In the event that the parents/ legal guardian(s)/emergency contact cannot be notified or are not available, I (we) authorize Holy Cross parish, school, or other pertinent diocesan officials to consent to any hospital care, as determined to be necessary and appropriate by a licensed physician in the State of Florida. This authorization is valid for a period of 1 year from the date of execution. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Initials)

\*I give permission for my child(ren) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ to be photographed during church activities for publication in print and on church website. I understand that my child’s name will not be used to identify my child. This permission form will be kept in file in the church office. If I would like to withdraw permission, I may do so at any time. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Initials)

\****Medical Information: Please List all pertinent medical information (for example, allergies, medications, physical impairments, or any other information necessary in an emergency situation). Explain fully:***

\* Upon the release of my minor to the above identified third party, the parish/school has no further responsibility for my minor’s care or well-being whatsoever. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Initials)

 **I hereby release school/parish/program, the Bishop, individually and as a corporation sole, and all agents, employees and volunteers of said parish/school/program (hereinafter collectively known as “church”) from any and all liability, including that arising from the negligence of the Church that may arise from acting in accord with the terms of this Consent. I hereby agree to hold harmless and indemnify Church from any claim that may be made against it arising from this Consent.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Parent or guardian signature Date**

**English**